



RICHIESTA DI VERIFICA DEI REQUISITI PER L'ACCESSO ALL'ASSISTENZA MEDICA AL SUICIDIO

Alla spett. ASST Papa Giovanni XXIII

nella persona dell'Egr. Sig. Direttore Sanitario

direzionesanitaria@asst-pg23.it / ufficioprotocollo@pec.asst-pg23.it

Il/la sottoscritto/o (nome e cognome) _____,

nato/a a _____, il ____/____/____,

codice fiscale _____

residente in _____ via/piazza _____ n. _____

chiede che sia verificata la sussistenza delle proprie condizioni per l'accesso all'assistenza medica al suicidio, ai sensi della sentenza della Corte costituzionale 242/2019 e delle successive pronunce in tema; dichiarando di essere affetto/a da una patologia che ritiene irreversibile e vincolato ad una misura di sostegno vitale: condizione fonte di sofferenze che reputa intollerabili.

Indica i seguenti recapiti per le **comunicazioni riservate** relative all'istruttoria:

☐ telefonici _____

☐ posta elettronica e/o PEC _____.

Indica quale Medico di fiducia (*n.b. indicazione facoltativa*): Dr./Dr.ssa _____,

i cui recapiti sono: _____.

Allega alla presente richiesta (barrare le caselle):

☐ copia di documento d'identità in corso di validità;

☐ documentazione clinica in proprio possesso relativa alla patologia (referti, diagnosi, storia clinica);

☐ eventuali Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) o Pianificazione Condivisa delle Cure;

☐ altro (specificare): _____.

N.B. qualora non fosse possibile presentare la richiesta in forma scritta autonoma, è possibile rivolgersi alla SS Medicina Legale (medicinalegale@asst-pg23.it) per individuare, insieme ai professionisti sanitari, una modalità alternativa di comunicazione (ad esempio dispositivi di comunicazione assistita o videoregistrazione).

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali, disponibile sul sito *internet* dell'ASST Papa Giovanni XXIII (sezione Amministrazione trasparente → *Privacy* → Informative sulla *privacy*).

Data ____/____/____

Firma _____