

Il/la sottoscritt_____

Cognome	
Nome	
Luogo di nascita	
Data di nascita	
Indirizzo di residenza	
Recapito telefonico	
e-mail	

Convivente di fatto ai sensi della Legge 76/2016 art. 1 commi da 36 a 67,

DESIGNO

il mio / la mia convivente di fatto, Sig./Sig.ra

Cognome	
Nome	
Luogo di nascita	
Data di nascita	

CON POTERI

- pieni**: in caso di **malattia** che comporti la mia incapacità di intendere e volere, per quanto riguarda le decisioni in materia di salute.
- limitati**: In caso di **malattia** che comporti la mia incapacità di intendere e volere, per quanto riguarda le decisioni in materia di salute, solo relativamente a _____

- pieni**: in caso di **morte**, per quanto riguarda la donazione di organi, le modalità di trattamento del corpo e le celebrazioni funerarie.
- limitati**: in caso di **morte**, per quanto riguarda la donazione di organi, le modalità di trattamento del corpo e le celebrazioni funerarie solo relativamente a _____

Si allega la fotocopia di un mio documento d'identità personale valido.

Gossolengo, _____

Firma