

11	• NOME •	• LUOGO DI NASCITA •	• COMUNE • (nelle cui liste elettorali si è iscritti)	• FIRMA •
	• COGNOME •	• DATA DI NASCITA •	• DOCUMENTO IDENTITÀ •	• FIRMA PRIVACY* •
	• INDIRIZZO, CAP e COMUNE •		• EMAIL/CELLULARE •	• NR DI ISCRIZIONE NELLE LISTE ELETTORALI •
12	• NOME •	• LUOGO DI NASCITA •	• COMUNE • (nelle cui liste elettorali si è iscritti)	• FIRMA •
	• COGNOME •	• DATA DI NASCITA •	• DOCUMENTO IDENTITÀ •	• FIRMA PRIVACY* •
	• INDIRIZZO, CAP e COMUNE •		• EMAIL/CELLULARE •	• NR DI ISCRIZIONE NELLE LISTE ELETTORALI •
13	• NOME •	• LUOGO DI NASCITA •	• COMUNE • (nelle cui liste elettorali si è iscritti)	• FIRMA •
	• COGNOME •	• DATA DI NASCITA •	• DOCUMENTO IDENTITÀ •	• FIRMA PRIVACY* •
	• INDIRIZZO, CAP e COMUNE •		• EMAIL/CELLULARE •	• NR DI ISCRIZIONE NELLE LISTE ELETTORALI •

* I tuoi dati personali verranno utilizzati in conformità con la legge in vigore. I suddetti dati saranno nella disponibilità del Comitato per l'Eutanasia Legale e dell'Associazione Luca Coscioni che si impegnano a non cederli in alcuna forma o modo a terzi. I suddetti soggetti si impegnano ad utilizzare detti dati esclusivamente per le finalità legate alle proprie iniziative. Si ricorda, inoltre, che ai sensi della legge in vigore si ha diritto di accesso ai propri dati nonché il diritto di chiederne, in qualunque momento, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati in violazione di legge, l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione. Per l'esercizio dei diritti di cui sopra è possibile chiamare il numero di telefono 06.68979286 oppure inviare una email a info@associazione-lucacoscioni.it, o scrivere una lettera a Associazione Luca Coscioni, via di Torre Argentina 76, 00186 Roma

AUTENTICAZIONE DELLE FIRME

Io sottoscritto, _____ in qualità di _____ a norma dell'art. 21 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, certifico vere ed autentiche le firme, apposte in mia presenza, degli elettori sopra indicati n. ____ (_____) (*) da me identificati con il documento segnato a margine di ciascuno. (*) indicare il numero in cifre e in lettere

_____, addì _____

Firma _____
(NOME E COGNOME PER ESTESO) E QUALIFICA DEL PUBBLICO UFFICIALE CHE PROCEDE ALL'AUTENTICAZIONE

TIMBRO
TONDO

CERTIFICAZIONE ELETTORALE

COMUNE DI _____ servizio elettorale

Il Sindaco certifica che i cittadini italiani avanti elenco sono iscritti nelle liste elettorali di questo Comune al numero a fianco a ciascuno di essi indicato.

BOLLO
UFFICIO

_____ li _____ IL SINDACO _____

PROGETTO DI LEGGE D'INIZIATIVA POPOLARE

RIFIUTO DI TRATTAMENTI SANITARI E LICEITÀ DELL'EUTANASIA

INIZIATIVA ANNUNCIATA NELLA GAZZETTA UFFICIALE DEL 22 DICEMBRE 2012 N. 298

VIDIMAZIONE

20 MAR 2013

QUALIFICA

Il Segretario Generale
D.ssa Vincenza Zumbolo

FIRMA



I sottoscritti cittadini italiani promuovono la seguente legge di iniziativa popolare ai sensi dell'art. 71 comma 2 della Costituzione e della legge 25 maggio 1970, n. 352 e successive modificazioni.

PROGETTO DI LEGGE DI INIZIATIVA POPOLARE

Articolo 1

Ogni cittadino può rifiutare l'inizio o la prosecuzione di trattamenti sanitari, nonché ogni tipo di trattamento di sostegno vitale e/o terapia nutrizionale. Il personale medico e sanitario è tenuto a rispettare la volontà del paziente ove essa:

- 1) provenga da soggetto maggiorenne;
- 2) provenga da un soggetto che non si trova in condizioni, anche temporanee, di incapacità di intendere e di volere, salvo quanto previsto dal successivo articolo 3;
- 3) sia manifestata inequivocabilmente dall'interessato o, in caso di incapacità sopravvenuta, anche temporanea dello stesso, da persona precedentemente nominata, con atto scritto con firma autenticata dall'ufficiale di anagrafe del comune di residenza o domicilio, "fiduciario per la manifestazione delle volontà di cura".

Articolo 2

Il personale medico e sanitario che non rispetti la volontà manifestata dai soggetti e nei modi indicati nell'articolo precedente è tenuto, in aggiunta ad ogni altra conseguenza penale o civile ravvisabile nei fatti, al risarcimento del danno, morale e materiale, provocato dal suo comportamento.

Articolo 3

Le disposizioni degli articoli 575, 579, 580 e 593 del codice penale non si applicano al medico ed al personale sanitario che abbiano praticato trattamenti eutanasi, provocando la morte del paziente, qualora ricorrano le seguenti condizioni:

- 1) la richiesta provenga dal paziente, sia attuale e sia inequivocabilmente accertata;
- 2) il paziente sia maggiorenne;
- 3) il paziente non si trovi in stato, neppure temporaneo, di incapacità di intendere e di volere, salvo quanto previsto dal successivo articolo 4;

4) i parenti entro il secondo grado e il coniuge con il consenso del paziente siano stati informati della richiesta e, con il consenso del paziente, abbiano avuto modo di colloquiare con lo stesso;

5) la richiesta sia motivata dal fatto che il paziente è affetto da una malattia produttiva di gravi sofferenze, inguaribile o con prognosi infuata inferiore a diciotto mesi;

6) il paziente sia stato congruamente ed adeguatamente informato delle sue condizioni e di tutte le possibili alternative terapeutiche e prevedibili sviluppi clinici ed abbia discusso di ciò con il medico;

7) il trattamento eutanasi rispetti la dignità del paziente e non provochi allo stesso sofferenze fisiche. Il rispetto delle condizioni predette deve essere attestato dal medico per iscritto e confermato dal responsabile della struttura sanitaria ove sarà praticato il trattamento eutanasi.

Articolo 4

Ogni persona può stilare un atto scritto, con firma autenticata dall'ufficiale di anagrafe del comune di residenza o domicilio, con il quale chiede l'applicazione dell'eutanasia per il caso in cui egli successivamente venga a trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 3, comma 5 e sia incapace di intendere e volere o manifestare la propria volontà, nominando contemporaneamente, nel modo indicato dall'art. 1, un fiduciario, perché confermi la richiesta, ricorrendone le condizioni.

La richiesta di applicazione dell'eutanasia deve essere chiara ed inequivoca e non può essere soggetta a condizioni. Essa deve essere accompagnata, a pena di inammissibilità, da un'autodichiarazione, con la quale il richiedente attesti di essersi adeguatamente documentato in ordine ai profili sanitari, etici ed umani ad essa relativi.

Altrettanto chiara ed inequivoca, nonché espressa per iscritto, deve essere la conferma del fiduciario.

Ove tali condizioni, unitamente al disposto di cui al precedente art. 3, comma 7 siano rispettate, non si applicano al medico ed al personale sanitario che abbiano attuato tecniche di eutanasia, provocando la morte del paziente, le disposizioni degli articoli 575, 579, 580 e 593.

MODULO N° _____ DEL CENTRO DI RACCOLTA DI _____

PROGETTO DI LEGGE D'INIZIATIVA POPOLARE

**RIFIUTO DI TRATTAMENTI SANITARI
E LICEITÀ DELL'EUTANASIA**

1	• NOME •	• LUOGO DI NASCITA •	• COMUNE • (nelle cui liste elettorali si è iscritti)	• FIRMA •
	• COGNOME •	• DATA DI NASCITA •	• DOCUMENTO IDENTITÀ •	• FIRMA PRIVACY* •
	• INDIRIZZO, CAP e COMUNE •		• EMAIL/CELLULARE •	• NR DI ISCRIZIONE NELLE LISTE ELETTORALI •

2	• NOME •	• LUOGO DI NASCITA •	• COMUNE • (nelle cui liste elettorali si è iscritti)	• FIRMA •
	• COGNOME •	• DATA DI NASCITA •	• DOCUMENTO IDENTITÀ •	• FIRMA PRIVACY* •
	• INDIRIZZO, CAP e COMUNE •		• EMAIL/CELLULARE •	• NR DI ISCRIZIONE NELLE LISTE ELETTORALI •

3	• NOME •	• LUOGO DI NASCITA •	• COMUNE • (nelle cui liste elettorali si è iscritti)	• FIRMA •
	• COGNOME •	• DATA DI NASCITA •	• DOCUMENTO IDENTITÀ •	• FIRMA PRIVACY* •
	• INDIRIZZO, CAP e COMUNE •		• EMAIL/CELLULARE •	• NR DI ISCRIZIONE NELLE LISTE ELETTORALI •

4	• NOME •	• LUOGO DI NASCITA •	• COMUNE • (nelle cui liste elettorali si è iscritti)	• FIRMA •
	• COGNOME •	• DATA DI NASCITA •	• DOCUMENTO IDENTITÀ •	• FIRMA PRIVACY* •
	• INDIRIZZO, CAP e COMUNE •		• EMAIL/CELLULARE •	• NR DI ISCRIZIONE NELLE LISTE ELETTORALI •

5	• NOME •	• LUOGO DI NASCITA •	• COMUNE • (nelle cui liste elettorali si è iscritti)	• FIRMA •
	• COGNOME •	• DATA DI NASCITA •	• DOCUMENTO IDENTITÀ •	• FIRMA PRIVACY* •
	• INDIRIZZO, CAP e COMUNE •		• EMAIL/CELLULARE •	• NR DI ISCRIZIONE NELLE LISTE ELETTORALI •

6	• NOME •	• LUOGO DI NASCITA •	• COMUNE • (nelle cui liste elettorali si è iscritti)	• FIRMA •
	• COGNOME •	• DATA DI NASCITA •	• DOCUMENTO IDENTITÀ •	• FIRMA PRIVACY* •
	• INDIRIZZO, CAP e COMUNE •		• EMAIL/CELLULARE •	• NR DI ISCRIZIONE NELLE LISTE ELETTORALI •

7	• NOME •	• LUOGO DI NASCITA •	• COMUNE • (nelle cui liste elettorali si è iscritti)	• FIRMA •
	• COGNOME •	• DATA DI NASCITA •	• DOCUMENTO IDENTITÀ •	• FIRMA PRIVACY* •
	• INDIRIZZO, CAP e COMUNE •		• EMAIL/CELLULARE •	• NR DI ISCRIZIONE NELLE LISTE ELETTORALI •

8	• NOME •	• LUOGO DI NASCITA •	• COMUNE • (nelle cui liste elettorali si è iscritti)	• FIRMA •
	• COGNOME •	• DATA DI NASCITA •	• DOCUMENTO IDENTITÀ •	• FIRMA PRIVACY* •
	• INDIRIZZO, CAP e COMUNE •		• EMAIL/CELLULARE •	• NR DI ISCRIZIONE NELLE LISTE ELETTORALI •

9	• NOME •	• LUOGO DI NASCITA •	• COMUNE • (nelle cui liste elettorali si è iscritti)	• FIRMA •
	• COGNOME •	• DATA DI NASCITA •	• DOCUMENTO IDENTITÀ •	• FIRMA PRIVACY* •
	• INDIRIZZO, CAP e COMUNE •		• EMAIL/CELLULARE •	• NR DI ISCRIZIONE NELLE LISTE ELETTORALI •

10	• NOME •	• LUOGO DI NASCITA •	• COMUNE • (nelle cui liste elettorali si è iscritti)	• FIRMA •
	• COGNOME •	• DATA DI NASCITA •	• DOCUMENTO IDENTITÀ •	• FIRMA PRIVACY* •
	• INDIRIZZO, CAP e COMUNE •		• EMAIL/CELLULARE •	• NR DI ISCRIZIONE NELLE LISTE ELETTORALI •

* I tuoi dati personali verranno utilizzati in conformità con la legge in vigore. I suddetti dati saranno nella disponibilità del Comitato per l'Eutanasia Legale e dell'Associazione Luca Coscioni che si impegnano a non cederli in alcuna forma o modo a terzi. I suddetti soggetti si impegnano ad utilizzare detti dati esclusivamente per le finalità legate alle proprie iniziative. Si ricorda, inoltre, che ai sensi della legge in vigore si ha diritto di accesso ai propri dati nonché il diritto di chiederne, in qualunque momento, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati in violazione di legge, l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione. Per l'esercizio dei diritti di cui sopra è possibile chiamare il numero di telefono 06.68979286 oppure inviare una email a info@associazionelucaconcioni.it, o scrivere una lettera a Associazione Luca Coscioni, via di Torre Argentina 76, 00186 Roma