

OGGETTO: **Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT).**

Accettazione della nomina di fiduciario.

(Art. 4, comma 2, della legge 22 dicembre 2017, n. 219).

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
Comune di nascita _____ Provincia _____ Stato _____ Data
nascita _____ Codice fiscale _____ Comune di
residenza _____ Provincia _____ Stato _____ Indirizzo _____
_____ Cap _____ Recapito telefonico _____
_____ e-mail _____ previamente informato ai sensi
degli artt. 13 e 14 del GDPR 2016/679 per il trattamento dei dati raccolti nella banca dati nazionali per le
DAT

ACCETTA la nomina di fiduciario per il Sig./ra

(cognome) _____ (nome) _____ Comune
di nascita _____ Provincia _____ Stato _____ Data nascita _____
_____ Codice fiscale _____ Comune di residenza _____
_____ Provincia _____ Stato _____ Indirizzo _____ Cap _____
_____ e-mail _____ per le finalità connesse all'applicazione della legge 22

dicembre 2017, n.219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento".

Di essere a conoscenza che l'incarico di fiduciario può essere revocato dal disponente in qualsiasi momento, con le
stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione.

Allega: fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità ⁽¹⁾.

Data _____

Firma del fiduciario (per esteso e leggibile)

(1) Documenti ammessi: Passaporto, carta di identità, patente, dai quali si possa rilevare la data di scadenza.