

NOMINA FIDUCIARIO
Disposizioni Anticipate di Trattamento (D.A.T.)
(art.4 della legge 22 dicembre 2017, n.219)

Io sottoscritto/a (nome e cognome) _____
nato/a a _____ il _____
residente a Melissano in via/piazza _____
_____ codice fiscale _____ documento d'identità n° _____
_____ tel. _____ mail _____
_____ pec _____ nella mia **piena capacità di intendere e di volere**,

DICHIARO

- ☐ di avere consegnato le mie Disposizioni Anticipate di Trattamento al Comune di _____ in data _____ senza avere nominato un fiduciario;
- ☐ di nominare, in relazione alle suddette Disposizioni, il fiduciario di seguito indicato che farà le mie veci e mi rappresenterà nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie, che ha accettato la mia nomina;
- ☐ che il fiduciario è il sig./sig.ra (nome e cognome) _____ nato/a a _____ il _____ residente a _____ in via _____ codice fiscale _____;
- ☐ che il fiduciario nominato è persona in grado di intendere e volere;
- ☐ di aver consegnato al fiduciario una copia della DAT;
- ☐ di essere consapevole che ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali il trattamento delle informazioni rese, effettuabile anche con strumenti informatici, sarà eseguito esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene da me rilasciata e sarà improntato a principi di correttezza, liceità, trasparenza, nella tutela del diritto alla riservatezza.

Melissano, _____

Firma intestatario _____

Firma fiduciario _____

Identificazione dell'intestatario

La presente dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal disponente della cui
identità mi sono accertato mediante _____ n.
_____ rilasciato da _____ il _____

Melissano, _____ Timbro e firma _____