

**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 \_\_\_\_\_