

Registro Comunale \_\_\_\_\_

Invio Min. Salute prot. \_\_\_\_\_

All'Ufficiale dello Stato Civile  
del Comune di \_\_\_\_\_

**OGGETTO: Accettazione della nomina di Fiduciario delle Disposizioni Anticipate di Trattamento – DAT (Art. 4, della legge 22 dicembre 2017, n. 219).**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
cittadino/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di accettare la nomina di Fiduciario per il/la sig./ra

Nome /Cognome \_\_\_\_\_

nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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 accettare il trattamento dati previsto dal D.M. 168/2019 di cui all'informativa "*Informativa resa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation) per il trattamento dei dati raccolti nella Banca dati nazionali per le DAT*";

di essere a conoscenza che l'incarico di Fiduciario potrà essere revocato in qualsiasi momento, con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Fiduciario (per esteso e leggibile)**

La presente domanda è:

- Sottoscritta in presenza del Funzionario Incaricato a ricevere la documentazione;
- Corredata dalla fotocopia della carta d'identità del dichiarante.

**COMUNE DI** \_\_\_\_\_

Visto per sottoscrizione apposta in mia presenza, previa identificazione a mezzo di \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro

\_\_\_\_\_  
**L'Ufficiale dello Stato Civile**