

Registro Comunale _____

Invio Min. Salute prot. _____

All'Ufficiale dello Stato Civile
del Comune di _____

**OGGETTO: Revoca ed eventuale nuova nomina del 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 _____
quale "*disponente*"

consapevole delle responsabilità penali e civili derivanti in caso di dichiarazioni false e mendaci, ai sensi del
DPR 445/2000,

in relazione alla Dichiarazione Anticipata di Trattamento DAT depositata presso questo Comune in data

COMUNICA

la revoca come proprio Fiduciario del/la sig./ra:

Nome / Cognome _____
nato/a in _____ il _____
residente a _____ Via _____ n. _____
cittadino/a _____ codice fiscale _____ telefono _____
e-mail _____ PEC _____

e la nomina come proprio nuovo Fiduciario del/la sig./ra:

Nome / Cognome _____
nato/a in _____ il _____
residente a _____ Via _____ n. _____
cittadino/a _____ codice fiscale _____ telefono _____
e-mail _____ PEC _____

al quale ha consegnato una copia delle DAT;

DICHIARA

di essere a conoscenza che, nel caso in cui il Fiduciario indicato vi rinunci o sia divenuto incapace o sia
deceduto, le DAT mantengono efficacia in merito alla mia volontà;

di essere consapevole che in assenza di nomina del nuovo fiduciario, le DAT potranno essere fatte valere con
l'intervento del Giudice Tutelare.

Data _____

Firma del Disponente (per esteso e leggibile)

Il sottoscritto Fiduciario dichiara:

- di accettare la nomina;
- 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;

Allega:

- Fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità;

Data _____

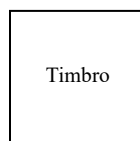
Firma del Fiduciario (per esteso e leggibile)

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal Disponente della cui identità mi sono accertato mediante _____

dal Fiduciario della cui identità mi sono accertato mediante _____

Data _____



L'ufficiale dello Stato Civile