

Registro Comunale _____

Invio Min. Salute prot. _____

All'Ufficiale dello Stato Civile
del Comune di _____

**OGGETTO: Rinuncia all'incarico 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 _____

R I N U N C I A

All'incarico di Fiduciario per il/la sig./ra

Nome /Cognome _____

nato/a in _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

A norma dell'art. 4, comma 2, Legge 219/2017 invito il Vs Ufficio a comunicare la presente rinuncia al
Disponente.

Data _____

Firma del Fiduciario (per esteso e leggibile)

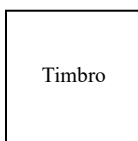
La presente domanda è:

- 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 _____



L'Ufficiale dello Stato Civile