

Nomina Fiduciario Disposizioni Anticipate di Trattamento (D.A.T.)

(Art. 4 L. 22 dicembre 2017 n. 219)

Io sottoscritto _____ nato a _____
il _____ residente a Pescantina in via _____
codice fiscale _____ Doc. Identità _____
tel. _____ mail _____

nella mia piena capacità di intendere e di volere, agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle responsabilità penali nelle quali posso incorrere in caso di dichiarazione mendaci ai sensi dell'art. 76 del Decreto sopra citato,

DICHIARO

- di avere consegnato le mie Disposizioni Anticipate di Trattamento al Comune di Pescantina in data _____ senza avere nominato 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 nomina,
- che il fiduciario è il sig. /sig.ra _____
nato a _____ il _____ residente a
Pescantina in via _____ C.F. _____
- che il fiduciario nominato è persona in grado di intendere e di volere,
- di aver consegnato al fiduciario copia della DAT,
- di essere consapevole che ai sensi del D. Lgs. 30/06/2003 n. 196 (Codice 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.

Pescantina, lì _____

Firma intestatario _____ Firma fiduciario _____

Parte riservata all'ufficio

La presente dichiarazione è stata sottoscritta da _____
di fronte all'ufficiale dello Stato Civile, previa identificazione con documento _____
n. _____ rilasciato da _____ il _____
Cronologico n. _____ data _____

Pescantina _____ Timbro e firma _____