

OGGETTO: **Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT).**

**Accettazione della nomina di fiduciario.**

(Art. 4, comma 2, della legge 22 dicembre 2017, n. 219).

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

Comune di nascita \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

Data nascita \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

previamente informato ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR 2016/679 per il trattamento dei dati raccolti nella banca dati nazionali per le DAT

**ACCETTA la nomina di fiduciario per il Sig./ra**

(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

Comune di nascita \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

Data nascita \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

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 essere a conoscenza che l'incarico di fiduciario può essere revocato dal disponente 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<sup>(1)</sup>.

Data \_\_\_\_\_

**Firma del fiduciario** (per esteso e leggibile)

\_\_\_\_\_