Avvalendomi della facoltà di nominare un fiduciario (art. 4 Legge 219/2017). **(*)**
Allo scopo di attuare le volontà espresse nella presente dichiarazione e di rappresentarmi nelle relazioni con i medici e con le strutture sanitarie.

NOMINO COME FIDUCIARIO/A

il/la sig./ra _____

nato/a a _____ Provincia _____ il _____|_____|

di nazionalità _____, residente a _____ Provincia _____

in via/piazza_____ n. _____ C.A.P._____

Codice Fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Telefono_____ Cellulare_____ E-mail _____

Queste mie volontà potranno essere da me revocate o modificate in ogni momento con successiva Dichiarazione di volontà, che annulla le precedenti.
Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n° 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali e il regolamento comunale per la protezione delle persone fisiche con riguardo al tratamento dei dati personali in attuazione del regolamento UE 679//2016 e che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della finalità per la quale la presente dichiarazione viene resa.
(*) *In mancanza di espressa nomina del fiduciario del DAT mantengono efficacia in merito alla volontà del disponente.*

Luogo e data.....

Firma del/la dichiarante.....

PARTE RISERVATA AL/LA FIDUCIARIO/A:

Io sottoscritto/a_____

nato/a a _____ Provincia _____ il _____|_____|___|

Codice Fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Telefono_____ Cellulare_____ E-mail _____

nel pieno possesso della capacità di intendere e di volere

ACCETTO

la suddetta nomina come fiduciario/a e mi impegno a garantire le volontà espresse dal dichiarante nel presente documento, consapevole che l'incarico a me affidato può essere revocato in qualsiasi momento dal disponente senza obbligo di motivazione. Dichiaro altresì di essere consapevole che posso rinunciare alla presente nomina con successivo atto scritto da comunicare al disponente.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n° 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della finalità per la quale la presente dichiarazione viene resa.
Luogo e data.....

Firma del/la fiduciario

_____

La presente Dichiarazione deve essere scritta in forma leggibile e consegnata PERSONALMENTE all'Ufficio con allegata <u>copia del documento di identità</u> in corso di validità del <u>dichiarante</u> e del <u>fiduciario</u> (qualora nominato)