

	All'ufficiale di stato civile	
--	-------------------------------	--

Revoca e sostituzione del fiduciario relativo alle disposizioni anticipate di trattamento (DAT)

Ai sensi dell'articolo 4 della Legge 22/12/2017, n. 219

Il sottoscritto				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso (M/F)	Cittadinanza		Luogo di nascita
Residenza				
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico CAP
Telefono		E-mail (posta elettronica ordinaria)		E-mail PEC (domicilio digitale)

DICHIARA

di revocare la nomina del seguente fiduciario individuato nelle DAT del

attuale fiduciario Sig./ra		
Cognome	Nome	Codice Fiscale

di nominare come fiduciario, capace di intendere e di volere, che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle sue volontà, che faccia le sue veci e lo rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie e a cui affida copia delle disposizioni anticipate di trattamento

nuovo fiduciario Sig./ra				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso (M/F)	Cittadinanza		Luogo di nascita
Residenza				
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico CAP
Telefono		E-mail (posta elettronica ordinaria)		E-mail PEC (domicilio digitale)

che accetta la nomina e al quale ho consegnato una copia delle DAT.

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo	Data	Il disponente	Il fiduciario