

REVOCA E SOSTITUZIONE DEL FIDUCIARIO RELATIVO ALLE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)

DATI DEL DICHIARANTE

Cognome	Nome	
Luogo di nascita	Data di nascita	
Via/piazza	Numero civico	
Comune	Provincia	CAP
Codice fiscale	Cittadinanza	
Numero di telefono fisso	Numero di telefono mobile	
Indirizzo email	Indirizzo PEC	

DICHIARAZIONI

- Dichiaro di revocare la nomina del seguente fiduciario individuato nelle precedenti DAT

Cognome	Nome
Codice fiscale	Data di presentazione delle DAT

- Dichiaro 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:

Cognome	Nome

Luogo di nascita	Data di nascita	
Via/piazza		Numero civico
Comune	Provincia	CAP
Codice fiscale	Cittadinanza	
Numero di telefono fisso	Numero di telefono mobile	
Indirizzo email	Indirizzo PEC	

- Dichiaro che il nuovo fiduciario accetta la nomina e dichiaro che ho consegnato a lui/lei una copia delle DAT.

EVENTUALI NOTE

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

- Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali, pubblicata sul sito internet del Comune, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione dell'istanza.

Il dichiarante

_____, ____/____/____

DA ALLEGARE:

- Documento d'identità in corso di validità del dichiarante.