

All'Ufficiale dello Stato Civile
del Comune di PORTO TORRES

OGGETTO: **Accettazione della nomina da parte del 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 _____

dopo aver letto, compreso e accettato l'informativa per il trattamento dei dati raccolti nella banca dati nazionale per le DAT, ai sensi degli artt. 13 e 14 del DGPR 2016/679

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" e al D.M. 10 dicembre 2019, n. 168.

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:

- della tessera sanitaria del disponente e fiduciario
- di un documento di identità personale del disponente e fiduciario in corso di validità
- informativa privacy firmata

Data _____

Firma del fiduciario (per esteso e leggibile)
