

| | | |
|--|-------------------------------|--|
| | 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 |