

	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.