

	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.

Consenso al trattamento dei dati personali	
<i>(ai sensi del Regolamento comunitario 27/04/2016, n. 2016/679)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	dichiaro di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, che è il titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione dell'istanza. GLOBO srl è stata da questa esclusivamente incaricata quale responsabile del trattamento.

Luogo	Data	Il disponente	Il fiduciario