

	Al Comune di  _____  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)	Luogo di nascita	Cittadinanza
Residenza				
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico      CAP
Telefono fisso		Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

### DICHIARA

<input type="checkbox"/>	<i>di revocare la nomina del seguente fiduciario individuato nelle DAT del</i>
	<b>Data presentazione DAT</b>

attuale fiduciario signor/signora		
Cognome	Nome	Codice Fiscale

<input type="checkbox"/>	<i>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</i>
--------------------------	--

nuovo fiduciario signor/signora				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso (M/F)	Luogo di nascita	Cittadinanza
Residenza				
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico      CAP
Telefono fisso		Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

Il quale dichiara di acconsentire il trattamento dei dati personali e sottoscrive la DAT per accettazione della nomina.

Informativa sul trattamento dei dati personali	
<i>(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<i>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.</i>

Luogo	Data	Il disponente	Il fiduciario