

Oggetto: Accettazione della Nomina Fiduciario - Disposizioni Anticipate di Trattamento – DAT (Art. 4, comma 2, della legge 22 dicembre 2017, n. 219 - Decreto Ministero della salute 10 dicembre 2019 n. 168)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a in _____ il _____

Residente in LISCATE (MI) – via _____

Cittadino/a _____ codice fiscale _____

Tel./cell. _____ mail _____

Pec _____

ACCETTA

La nomina di **Fiduciario** per il/la Sig./Sig.ra _____

Nato/a in _____ il _____

Residente in _____ – via _____

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".

Dichiara:

- Di essere a conoscenza che l'incarico del fiduciario può essere revocato dal disponente in qualsiasi momento, con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione;
- Di essere informato di quanto previsto dal Regolamento UE 2019/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento e alla libera circolazione dei dati personali

Liscate, _____

Firma del Fiduciario (per esteso e leggibile)