

Accettazione nomina incarico di “Fiduciario” per Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT)

(art.4, Legge 22 dicembre 2017, n.219 – Deliberazione n.34/2018 della Giunta Comunale)

Il/La sottoscritto/a _____, Sesso M - F,
nato/a il _____ a _____ (____),
CF _____, attualmente residente a MEDICINA in
VIA _____, n. _____,
- Telefono: _____
- Email: _____

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false e della conseguente
decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. n.445/2000)
sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

1) di essere stato nominato fiduciario - fiduciario supplente delle Disposizioni Anticipate
di Trattamento (“DAT”), redatte da (cognome/nome/data e luogo di nascita):

1) di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all’art.13 del D.Lgs. n.196/2003, che i dati
personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente
nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Medicina, _____

IL DICHIARANTE

.....
(firma per esteso leggibile)

RISERVATO ALL’UFFICIO DI STATO CIVILE

Numero progressivo assegnato nel Registro Comunale DAT: N. del

Modalità di riconoscimento del dichiarante:

- Carta d'identità N.
- Patente N.
- Conoscenza diretta oppure _____

Medicina, _____

L’Ufficiale di Stato Civile