

DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO SANITARIO (DAT)

(art. 4 della legge 22 dicembre 2017, n. 219)

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà **per revoca e nomina nuovo fiduciario**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a Pradamano in Via _____ n. _____
recapito telefonico _____, consapevole delle proprie responsabilità in caso di
dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

di revocare la nomina del/la Sig. _____
nato/a a _____ il _____
già individuato con precedente dichiarazione anticipata di trattamento sanitario – DAT depositata in
data _____ presso il Comune di _____;
di nominare quale fiduciario, al quale è stata rilasciata copia della DAT depositata in data _____
presso il Comune di _____ il/la sig. _____
(cognome e nome) _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____
recapito telefonico _____;

Pradamano, lì _____

Firma del fiduciario per accettazione

Firma del dichiarante

I sottoscritti disponente e fiduciario dichiarano di essere a conoscenza che, ai sensi del codice in materia di protezione dei dati personali, il trattamento delle informazioni che riguardano i medesimi sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della propria riservatezza e dei propri diritti e di autorizzare il Comune di Pradamano al trattamento dei dati personali contenuti nella dichiarazione che precedete e all'inserimento degli stessi nel Registro delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento – DAT.

(Il disponente)

(Il fiduciario)

**FIRMATA DAL DICHIARANTE E DAL FIDUCIARIO
IN MIA PRESENZA**

Lì _____

L'ADDETTO

Si allega fotocopia documento di riconoscimento
carta d'identità
passaporto
patente

La presente dichiarazione viene allegata alla DAT depositata presso questo Ufficio dello Stato Civile in data _____ e annotata al n. _____ del registro comunale.

Pradamano, lì _____

L'Ufficiale dello Stato Civile