

NOMINA FIDUCIARIO
Disposizioni Anticipate di Trattamento (D.A.T.)
(art.4 della legge 22 dicembre 2017, n.219)

Io sottoscritto/a nome _____ cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a Lugo di Vicenza (VI) in via/piazza _____

codice fiscale _____

documento d'identità n° _____

tel. _____ mail _____

agli effetti dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, consapevole delle responsabilità penali nelle quali posso incorrere in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del decreto sopracitato,

dichiaro

☐ di nominare, per le Disposizioni anticipate di trattamento (DAT) da me redatte, il fiduciario di seguito indicato che farà le mie veci e mi rappresenterà nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie, affinché vengano esplicate in tale veste le funzioni previste dall'art. 4 comma 1 della L. 22 dicembre 2017, n. 2019 e dal Delcreto del Ministero della Salute 10 dicembre 2019, n. 168;

☐ che il fiduciario è il sig./sig.ra nome _____ cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____

codice fiscale _____

☐ di avere consegnato al fiduciario una copia della DAT;

☐ che il fiduciario accetta la nomina ed ha preso visione dell'informativa del Comune di Lugo di Vicenza relativa al trattamento dei dati personali, pubblicata sul sito www.comune.Lugo di Vicenza.it e disponibile allo sportello nonché dell'informativa resa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation) per il trattamento dei dati raccolti nella Banca dati nazionali per le DAT, pubblicata sul sito del Ministero della Salute.

Lugo di Vicenza, _____

Firma **disponente** _____

Firma **fiduciario** _____

Si allega: documento identificativo in corso di validità (CIE o patente) del disponente e del fiduciario