

Registro Comunale _____

Invio Min. Salute prot. _____

All'Ufficiale dello Stato Civile

del Comune di _____

**OGGETTO: Nomina del Fiduciario delle Disposizioni Anticipate di Trattamento - DAT.
(Art. 4, della legge 22 dicembre 2017, n. 219).**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a in _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

cittadino/a _____ codice fiscale _____ telefono _____

e-mail _____ PEC _____

quale *"disponente"*

consapevole delle responsabilità penali e civili derivanti in caso di dichiarazioni false e mendaci, ai sensi del DPR 445/2000,

in relazione alla Dichiarazione Anticipata di Trattamento DAT depositata presso questo Comune in data

NOMINA

come proprio Fiduciario il/la Sig./ra:

Nome / Cognome _____

nato/a in _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

cittadino/a _____ codice fiscale _____ telefono _____

e-mail _____ PEC _____

al quale ho consegnato una copia delle DAT;

DICHIARA

di essere a conoscenza che, nel caso in cui il Fiduciario indicato vi rinunci o sia divenuto incapace o sia deceduto, le DAT mantengono efficacia in merito alla mia volontà;

Allega:

- l'accettazione della nomina da parte del Fiduciario.

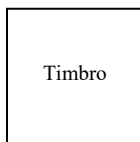
Data _____

Firma del Disponente (per esteso e leggibile)

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal Disponente della cui identità mi sono accertato mediante _____

Data _____



L'ufficiale dello Stato Civile