

STAMPATO – B – (*)

Dichiarazione di accettazione espressa del ruolo di fiduciario

Il/la sottoscritto/a
nato a il
residente a, prov.
Cittadino/a, tel.
Cod.fisc. e-mail.

ai sensi della Legge 22 dicembre 2017, n. 219 (G.U. n.12 del 16-01-2018), recepita dal Comune di Vinovo con Delibera Giunta Comunale n. 51 del 05 aprile 2018,

A C C E T T A

L'incarico di FIDUCIARIO delle DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (D.A.T.)

redatte dal/la Sig./Sig.ra
nato/a a il
Residente in Vinovo, Via-Corso-Piazza n.ro
presentate in data odierna in busta chiusa e sigillata

D I C H I A R A

Di essere a conoscenza che l'incarico di fiduciario potrà essere revocato in qualsiasi momento con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione dal disponente.

Di essere a conoscenza che in ogni momento posso rinunciare alla nomina con atto scritto da comunicare al Comune di Vinovo e al disponente.

Di essere consapevole che, ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) il trattamento delle informazioni che mi riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della mia riservatezza e dei miei diritti.

Allego alla presente fotocopia di documento di identità

Vinovo, li

IL FIDUCIARIO

(*) DA COMPILARE SOLO nel caso in cui il fiduciario non abbia già sottoscritto la DAT per accettazione che viene consegnata in busta chiusa e sigillata dal disponente)