

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 OM - OF,

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

- 2) Odi 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,

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