

OGGETTO: Consegna delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT)

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

residente a NOVATE MILANESE in Via/Piazza _____

codice fiscale _____

documento d'identità n. _____

tel. _____ mail _____

pec _____

CHIEDE

di consegnare le proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT).

A tal fine agli effetti dell'art. 47 del DPR 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 sopra citato

DICHIARA

- di essere persona maggiorenne e capace di intendere e di volere;
- di essere residente in Novate Milanese (MI);
- di aver inserito nella busta, insieme alla DAT recante la mia firma autografa, copia di un mio documento d'identità valido;
- di prevedere la nomina, in qualità di fiduciario, del signor _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

codice fiscale _____

documento d'identità n. _____

tel. _____ mail _____

che accetta la nomina e al quale ho consegnato una copia della DAT;

- 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, da entrambe le parti;
- di essere a conoscenza che le DAT possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;
- di essere consapevole che ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) il trattamento delle informazioni rese, effettuate anche con strumenti informatici, sarà eseguito esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene da me rilasciata.

Firma
