

Dichiarazione di accettazione espressa del ruolo di fiduciario

(art. 4, L. 22 dicembre 2017, n. 219)

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome)
 Sesso M F nato/a a (specificare anche lo Stato, se estero)
 il, attualmente residente in in
 Via n.
 Codice fiscale..... Recapito telefonico

ai sensi e per gli effetti dell'art. 4 della Legge 219/2017 e delle disposizioni operative definite con deliberazione di G.C. n. 55 del 13.9.2018 del, nonché dell'art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

- 1) di aver controfirmato la scrittura privata originale con la quale il/la Sig./Sig.ra nato/a a (specificare anche lo Stato, se estero) il, attualmente residente nel Comune di Chianocco, ha manifestato le proprie disposizioni anticipate di trattamento;
- 2) (*oppure*) di accettare espressamente il ruolo di soggetto fiduciario nominato con separato atto da parte del/della Sig./Sig.ra nato/a a (specificare anche lo Stato, se estero) il, attualmente residente nel Comune di Chianocco, assumendomi il compito di dare fedele esecuzione alla sua volontà, ove si trovasse nell'incapacità di intendere e di volere, in ordine ai trattamenti medici da eseguire ed alle altre dichiarazioni egli/ella manifestate;
- 3) di aver già ricevuto una copia delle D.A.T., oppure, di attendere da parte del disponente una copia delle D.A.T. a seguito del deposito;
- 4) di essere a conoscenza che l'incarico di fiduciario potrà essermi revocato in qualsiasi momento con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione da parte del disponente;
- 5) di essere consapevole della possibilità rinunciare all'incarico di fiduciario con atto scritto, da comunicare al disponente e al Comune di Chianocco per la dovuta annotazione nel Registro;
- 6) di autorizzare il Comune di Chianocco a trasmettere le D.A.T. depositate dal disponente e ogni ulteriore dato, informazione, documento connesso alle D.A.T. stesse al Ministero della Salute per il popolamento della banca dati nazionale delle D.A.T. e/o alla Regione Piemonte per analogo finalità;
- 7) di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

....., lì
 (luogo e data)

IL DICHIARANTE

(firma per esteso leggibile)

.....

Numero progressivo assegnato alle D.A.T. per il quale il dichiarante assume l'incarico di fiduciario e riportato sul registro comunale:

N. **del**

RISERVATO ALL'UFFICIO

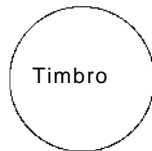
La presente dichiarazione è stata sottoscritta dal:

Sig./Sig.ra

di fronte al sottoscritto Ufficiale di stato civile del Comune di Chianocco, mediante presentazione di valido documento di identità riportante il n., rilasciato da il

in altro luogo e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del fiduciario, ai sensi dell'art. 38 c. 3 del D.P.R. 445/2000.

Chianocco, li



L'UFFICIALE DI STATO CIVILE

.....