

Nomina Fiduciario ⁽¹⁾

Qualora io perdessi la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni, nomino mio rappresentante fiduciario che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nella presente carta e che mi rappresenterà nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie, il/la signor/ra (nome e cognome) _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via/piazza... _____

_____ cap _____ tel. _____

mail _____ pec _____

il/la quale dichiara di accettare la presente nomina a fiduciario/a.

Data _____ **Firma per accettazione del fiduciario/a** _____

Data _____ **Firma del/la disponente** _____

⁽¹⁾ Se il fiduciario non è presente all'atto della consegna dell'istanza, il dichiarante deve produrre copia del suo documento d'identità. Il fiduciario potrà rinunciare al proprio incarico comunicandolo con atto scritto. Sarà premura del disponente informare l'Ufficio di Stato Civile. La revoca del fiduciario dovrà essere fatta con le stesse modalità previste per la nomina, senza obbligo di motivazione. In assenza di nomina o di rinuncia del fiduciario, le DAT potranno essere fatte valere con l'intervento del Giudice Tutelare.

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del decreto legislativo 196/2003.

Data _____ **Firma del/la disponente** _____

Parte riservata all'ufficio (nel caso di DAT presentate senza istanza)

Identificazione dell'intestatario

La presente dichiarazione è stata resa e sottoscritta da _____

di fronte all'ufficiale di stato civile, previa identificazione con documento _____

n. _____ rilasciato da _____ il _____

cronologico n. _____ data _____

Melissano, _____ Timbro e firma Ufficiale di Stato Civile

RICEVUTA AVVENUTA PRESENTAZIONE

Si attesta che le DAT in epigrafe relative a _____

sono state registrate in data odierna al n. _____ dell'elenco cronologico della DAT presentate e saranno conservate presso l'ufficio dello stato civile di questo Comune.

Melissano, _____ Timbro e firma Ufficiale di Stato Civile