

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)

DATI DISPONENTE

Nome Cognome

stato di nascita

luogo e data di nascita

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

indirizzo cap.....

e-mail

carta di identità patente passaporto altro

N° ente rilascio

data di rilascio data scadenza

DATI FIDUCIARIO/A

NomeCognome

stato di nascita

luogo e data di nascita

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

stato residenza comune di residenza

indirizzoC.A.P.

e-mail facoltativa

carta di identità patente passaporto altro

N° ente rilascio

data di rilascio data scadenza

Ai fini dell'iscrizione nella banca dati nazionale delle DAT, il/la disponente:

acconsente non acconsente

che la copia digitale della disposizione venga inviata al Ministero della salute;

autorizza non autorizza

il Ministero della salute all'invio delle previste comunicazioni al proprio recapito di posta elettronica:

.....

Ai sensi e per gli effetti del GDPR 2016/679, dichiara di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati e conservati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in conformità alle previsioni contenute nel regolamento UE 2016/679.

Firma disponente

.....

Firma fiduciario/a per accettazione nomina

.....

Data,