

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)

(Ai sensi della legge 219/2017 e s. m. e i.)

DATI DISPONENTE

Cognome / Nome

Nato/a a

il

Codice Fiscale

Indirizzo

Cap

E-mail

PEC

Tipo documento d'identità :

N.

Ente di rilascio

data di rilascio

data di scadenza

DATI PRIMO FIDUCIARIO/A

Cognome / Nome

Nato/a a

il

Codice Fiscale

Indirizzo

Cap

E-mail (facoltativa)

PEC (facoltativa)

Tipo documento d'identità :

N.

Ente di rilascio

data di rilascio

data di scadenza

Firma del primo fiduciario per accettazione

DATI SECONDO/A FIDUCIARIO/A

Cognome / Nome

Nato/a a

il

Codice Fiscale

Indirizzo

Cap

E-mail (facoltativa)

PEC (facoltativa)

Tipo documento d'identità :

N.

Ente di rilascio

data di rilascio

data di scadenza

Firma del secondo Fiduciario per accettazione

DISPOSIZIONI:

Ai fini dell'iscrizione nella Banca Dati Nazionale delle DAT, il/la disponente:

☐ acconsente

☐ non acconsente

che la copia digitale 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.

Data,

Firma del/la disponente