

# DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)

## DATI DISPONENTE

Cognome ..... Nome .....

stato di nascita .....

luogo e data di nascita .....

codice fiscale

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

indirizzo ..... cap.....

e-mail (facoltativa) .....

carta di identità  patente  passaporto  altro .....

N° ..... ente rilascio .....

data di rilascio ..... data scadenza .....

## DATI DELLA PERSONA FIDUCIARIA

Cognome .....Nome .....

stato di nascita .....

luogo e data di nascita .....

codice fiscale

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

stato residenza ..... comune di residenza .....

indirizzo ..... C.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, la persona disponente:

acconsente

**non** acconsente

che la copia digitale della disposizione venga inviata al Ministero della salute, ed indica di seguito il proprio recapito di posta elettronica, autorizzando così il Ministero della salute all'invio delle previste comunicazioni:

.....

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, dichiara di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma del/la disponente

.....

Firma del/la fiduciario/a per accettazione nomina

.....

Data,