

OGGETTO: **Accettazione della nomina di fiduciario.**
(Art. 4, comma 2, della legge 22 dicembre 2017, n. 219).

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a in _____ il _____
residente a _____ Via _____ n. _____
cittadino/a _____ codice fiscale _____ telefono _____
e-mail _____ pec _____

A C C E T T A

la nomina di fiduciario per il Sig./ra _____
nato/a in _____ il _____
residente a _____ in via _____ n. _____,
per le finalità connesse all'applicazione della legge 22 dicembre 2017, n.219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento".

DICHIARA

- di essere a conoscenza che l'incarico del fiduciario può essere revocato dal disponente in qualsiasi momento, con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione;
- di aver preso visione dell'informativa rese ai sensi del D.Lgs 196/2003 e degli artt. 13 e 14 del G.D.P.R. 679/2016 per il trattamento dei dati personali raccolti presso il Comune di Castel Maggiore e nella Banca Dati nazionale per le D.A.T.;
- di autorizzare il trattamento dei dati.

Data _____

Firma del fiduciario (per esteso e leggibile)

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

La suddetta dichiarazione di accettazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal fiduciario della cui identità mi sono accertato mediante _____

Data _____

Timbro

L'ufficiale dello Stato Civile