

**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 _____

indirizzo _____ Cap _____

e-mail (facoltativa) _____

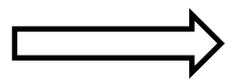
carta di identità patente passaporto altro _____

N° _____ ente rilascio _____

data di rilascio _____ data scadenza _____



DISPOSIZIONI:



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,