

Modulo n. 2

Fiduciario/Fiduciario supplente

Iscrizione al registro comunale delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento – D.A.T.

(art.4 della legge 22 dicembre 2017, n.219)

Io sottoscritto/a nome _____ cognome _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in _____
codice fiscale _____
documento d'identità n° _____
tel. _____ mail _____

agli effetti dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445; consapevole delle responsabilità penali nelle quali posso incorrere in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del decreto sopracitato,

DICHIARO

☐ di aver accettato la nomina di fiduciario/fiduciario supplente nella Dichiarazione Anticipata al Trattamento (DAT) redatta dall'intestatario di seguito indicato:

☐ di aver ricevuto dal disponente copia della DAT;

☐ di essere consapevole che ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) il trattamento delle informazioni rese, effettuabile anche con strumenti informatici, sarà eseguito esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene da me rilasciata e sarà improntato a principi di correttezza, liceità, trasparenza, nella di tutela del diritto alla riservatezza;

☐ di essere a conoscenza che il ritiro della Dichiarazione Anticipata di Trattamento (DAT) può essere effettuato esclusivamente dall'intestatario o dal fiduciario indicato dallo stesso intestatario.

Piadena, _____

Firma fiduciario/Fiduciario supplente _____

Firma intestatario _____

Parte riservata all'ufficio

Identificazione del fiduciario/fiduciario supplente

La presente dichiarazione è stata sottoscritta da

_____ di fronte all'ufficiale di stato civile, previa identificazione con documento

_____ n° _____ rilasciato da
_____ il _____ registrazione n° _____
data _____

Piadena, _____

Timbro e firma _____