



Regione Toscana



Servizio
Sanitario
della
Toscana

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO - NOMINA DEL FIDUCIARIO/A

Il/La sottoscritto/a

Cognome Nome.....

Codice Fiscale:

Nato/a il

Residente in CAP Prov.....

Via/P.zza..... n

Documento di identità n.....

rilasciato da.....il.....

Recapito telefonico:e-mail:.....

NOMINO QUALE MIO FIDUCIARIO/A AI SENSI DELL'ART. 4 DELLA LEGGE N. 219/2017

il/la Sig/a

Cognome Nome.....

Codice Fiscale:

Nato/a il

Residente in CAP Prov.....

Via/P.zza..... n

Documento di identità n.....

rilasciato da.....il.....

Recapito telefonico:e-mail:.....

.....
Luogo e data

.....
Firma (per esteso e leggibile)