



COMUNE DI SAN MARZANO SUL SARNO

PROVINCIA DI SALERNO

Mod. 5/219/2017

**Al Comune di San Marzano sul Sarno
Ufficio di Stato Civile**

Revoca, sostituzione o nomina del fiduciario e/o del sostituto fiduciario di Dichiarazione Anticipata di Trattamento (art.4 della legge 22 dicembre 2017, n.219)

Io sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____
(c.f. _____) residente nel Comune di San Marzano sul Sarno (SA)
indirizzo _____ n. _____ cap _____
telefono _____ cellulare _____
email _____
pec _____

AVENDO PRESENTATO

la Dichiarazione anticipata di trattamento registra al n. _____ del Registro comunale delle
Dichiarazioni anticipate di trattamento dell'anno _____

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 NOMINARE

quale Fiduciario il:

Sig./Sig.ra _____
nato/a il _____ a _____
(c.f. _____) residente a _____
indirizzo _____ n. _____ cap _____
telefono _____ cellulare _____



COMUNE DI SAN MARZANO SUL SARNO

PROVINCIA DI SALERNO

email _____

pec _____

quale sostituto Fiduciario il:

Sig./Sig.ra _____

nato/a il _____ a _____

(c.f. _____) residente a _____

indirizzo _____ n. _____ cap _____

telefono _____ cellulare _____

email _____

pec _____

non avendo provveduto a tale incombenza al momento della presentazione della richiamata Dichiarazione anticipata di trattamento;

oppure

di **REVOCARRE**

IL FIDUCIARIO

IL SOSTITUTO FIDUCIARIO

già nominato nella richiamata Dichiarazione anticipata di trattamento, consapevole che nel caso in cui non abbia nominato un fiduciario ed in caso di necessità, il Giudice tutelare provvederà alla nomina di un amministratore di sostegno, ai sensi del capo I del titolo XII del libro I del codice civile;

oppure

di **SOSTITUIRE**

IL FIDUCIARIO

IL SOSTITUTO FIDUCIARIO

già nominato, all'uopo individuando, nominando

quale Fiduciario il:

Sig./Sig.ra _____

nato/a il _____ a _____



COMUNE DI SAN MARZANO SUL SARNO

PROVINCIA DI SALERNO

(c.f. _____) residente a _____

indirizzo _____ n. _____ cap _____

telefono _____ cellulare _____

email _____

pec _____

quale sostituto Fiduciario il:

Sig./Sig.ra _____

nato/a il _____ a _____

(c.f. _____) residente a _____

indirizzo _____ n. _____ cap _____

telefono _____ cellulare _____

email _____

pec _____

DICHIARO

- di essere a conoscenza che l'incarico di fiduciario, e del suo sostituto, potrà essere revocato o sostituito in qualsiasi momento con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione;
- di essere a conoscenza che nel caso in cui il fiduciario o il suo sostituto vi rinunci o sia divenuto incapace o sia deceduto, la DAT mantiene efficacia in merito alla mia volontà;
- di essere a conoscenza 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 tutela del diritto alla riservatezza;



COMUNE DI SAN MARZANO SUL SARNO

PROVINCIA DI SALERNO

ALLEGRO

- originale del modello di accettazione del fiduciario con copia di documento di riconoscimento;
- originale del modello di accettazione del sostituto fiduciario con copia di documento di riconoscimento;
- n. 1 copia della Dichiarazione anticipata di trattamento (DAT) da consegnare al fiduciario;
- n. 1 copia della Dichiarazione anticipata di trattamento (DAT) da consegnare sostituto del Fiduciario.

San Marzano sul Sarno, li _____

Firma del Disponibile

Firma del Fiduciario

Firma del sostituto Fiduciario

Parte riservata all'ufficio

Identificazioni

La presente dichiarazione è stata sottoscritta da

- Sig./Sig.ra _____
(c.f. _____), previa identificazione con documento
_____ n° _____ rilasciato
da _____ il _____
- Sig./Sig.ra _____
(c.f. _____), previa identificazione con documento
_____ n° _____ rilasciato
da _____ il _____



COMUNE DI SAN MARZANO SUL SARNO

PROVINCIA DI SALERNO

- Sig./Sig.ra _____
(c.f. _____), previa identificazione con documento
_____ n° _____ rilasciato
da _____ il _____
di fronte all'Ufficiale di stato civile, trascritta al n. _____ del Registro comunale delle Dichiarazioni anticipate di
trattamento dell'anno _____ e relativa alla Dichiarazione anticipata di trattamento n. _____ dell'anno
_____.

San Marzano sul Sarno, li _____

Timbro e firma