



ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE
N. _____

DESIGNAZIONE DI UN FIDUCIARIO

AI SENSI DEL REGOLAMENTO REGIONALE 9 APRILE 2014 N.2 "Regolamento regionale di attuazione dell'articolo 8 della legge regionale 10 novembre 2009 n. 52 (Norme contro le discriminazioni determinate dall'orientamento sessuale o dall'identità di genere)" modificato dalla Legge Regionale 25 Marzo 2015 n. 2

Io sottoscritto/a nato/a a..... il.....,
residente in via..... n.....
codice fiscale

nel pieno possesso delle mie facoltà, ai sensi dell'art. 1 del "*Regolamento Regionale 9 aprile 2014 n. 2, modificato dalla Legge regionale 25 Marzo 2015 n. 2*",

NOMINO

mio fiduciario, il/la Sig./Sig.ra..... che agisce in conformità alle mie volontà, autorizzando gli operatori sanitari a riferire allo/a stesso/a ogni informazione relativa al mio stato di salute.

Data _____

Firma

Per accettazione della nomina, il fiduciario

Data _____

Firma

Si comunica che i dati saranno trattati nel rispetto degli articoli 7 e 9 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali).