

NOMINA FIDUCIARIO/FIDUCIARIO SUPPLENTE

Qualora io perdessi la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni, nomino mio rappresentante fiduciario che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nella presente carta, Il Sig./Sig.ra:

Nome _____

Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Residente a _____

Via/loc./Piazza _____

Recapito telefonico _____

Nel caso in cui il mio rappresentante fiduciario sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione delego a sostituirlo in questo compito il Sig./Sig.ra (Fiduciario supplente):

Nome _____

Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Residente a _____

Via/loc./Piazza _____

Recapito telefonico _____

Acconsento espressamente al trattamento dei miei dati al fine dell'attuazione della mia volontà e dell'inserimento nel Registro dei Testamenti Biologici-DAT gestito dal Comune di Castelnuovo di Garfagnana

Le presenti volontà potranno essere da me revocate o modificate in ogni momento con successiva/e dichiarazione/i

Luogo e data _____

Firma del Sottoscrittore _____

Documento di
Identità _____

Firma del Fiduciario _____

Documento di Identita' _____

Firma del Fiduciario Supplente _____

Documento di Identità _____