

**Consegna Disposizioni Anticipate di Trattamento (D.A.T)**  
**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DATI - Fiduciario**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_  
*In qualità di **Fiduciario** nominato nella DAT sottoscritta in data \_\_\_\_\_*  
dal Sig./ra \_\_\_\_\_

**Dichiara**

*di aver preso visione dell'informativa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation) per il trattamento dei dati raccolti nella Banca dati nazionali per le DAT e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche mediante sistemi automatizzati, esclusivamente per lo svolgimento delle funzioni per le quali la presente viene resa, e di consentire, ai sensi del predetto Regolamento, al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità ivi indicate, ed in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.*

*Preso atto dell'informativa per il consenso del trattamento dati.*

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

Firma del fiduciario \_\_\_\_\_

*Si allega documento d'identità.*