



REGIONE LIGURIA

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)"

Io sottoscritto/a..... nato/a ail....., 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",

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).