



Regione Toscana



Servizio Sanitario della Toscana

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO – RINUNCIA INCARICO DI FIDUCIARIO/A

Il/La sottoscritto/a

Cognome Nome.....

Codice Fiscale:

Nato/a il

Residente in CAP Prov.....

Via/P.zza..... n

Documento di identità n.....

rilasciato da.....il.....

Recapito telefonico:e-mail:.....

RINUNCIO

all'incarico di fiduciario/a per il/la Sig/a

Cognome Nome.....

Codice Fiscale:

Nato/a il

Residente in CAP Prov.....

Via/P.zza..... n

.....
Luogo e data

.....
Firma (per esteso e leggibile)