

Designazione fiduciario sanitario

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 dal Regolamento regionale 25 Marzo 2015 n. 2

Io sottoscritto /anato /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 dal Regolamento 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
