



CONVIVENZE DI FATTO
DESIGNAZIONE RAPPRESENTANTE PER MALATTIE O MORTE

All'Ufficio Anagrafe
Comune di Bagno a Ripoli

Il/la sottoscritto/a [redacted]
nato/a a [redacted] il [redacted]
Nazionalità [redacted]
residente a [redacted] Prov. ([redacted]) CAP [redacted]
in via [redacted] n. [redacted]
CF [redacted] Tel/cell. [redacted]
Mail/Pec [redacted]

Convivente di fatto ai sensi della Legge 76/2016 art. 1 commi da 36 a 67,

DESIGNO

il mio/la mia convivente di fatto, Sig./Sig.ra [redacted]
nato il [redacted] a [redacted],

CON POTERI:

- pieni: in caso di malattia che comporti la mia incapacità di intendere e volere, per quanto riguarda le decisioni in materia di salute.
- limitati: in caso di malattia che comporti la mia incapacità di intendere e volere, per quanto riguarda le decisioni in materia di salute, solo relativamente a:

[redacted]

- pieni: in caso di morte, per quanto riguarda la donazione di organi, le modalità di trattamento del corpo e le celebrazioni funerarie.



- limitati: in caso di morte, per quanto riguarda la donazione di organi, le modalità di trattamento del corpo e le celebrazioni funerarie solo relativamente a:

Norme a Tutela della riservatezza dei dati Personali

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa alla raccolta dei dati personali ai sensi del D. Lgs 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e Regolamento UE 2016/679 - GDPR - "Regolamento generale sulla protezione dei dati" pubblicata all'indirizzo [Http://www.comune.bagno-a-ripoli.fi.it/rete-civica/privacy](http://www.comune.bagno-a-ripoli.fi.it/rete-civica/privacy), e, con l'apposizione della firma in calce alla presente domanda, autorizza il

Comune di Bagno a Ripoli, con sede legale in Piazza della Vittoria 1 - Bagno a Ripoli - Firenze, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, all'utilizzo dei dati forniti ai fini della presente richiesta. I dati spontaneamente forniti saranno trattati nei limiti della normativa della privacy, secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la riservatezza".

Luogo e data

Firma del Dichiarante

ALLEGARE COPIA DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL DICHIARANTE