



Regione Toscana



### DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO - REVOCA 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:.....

### REVOCO

l'incarico di fiduciario/a al/alla 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)