

indirizzo _____ n. _____ CAP _____
telefono _____ cellulare _____
email _____ documento _____
codice fiscale _____

il quale, a sua volta, dichiara di accettare la nomina sottoscrivendo la presente dichiarazione di consenso.

Data _____ In fede _____

Per accettazione (*firma fiduciario*)

Per accettazione (*firma sostituto del fiduciario*)

Al fiduciario e al sostituto verrà rilasciata una copia della presente disposizione.

L'incarico del fiduciario, nonché del suo sostituto, può essere revocato dal sottoscritto in qualsiasi momento con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione. Il fiduciario e il sostituto possono revocare la propria accettazione in qualsiasi momento con atto scritto comunicato al sottoscritto.

Data _____

In fede _____