

Comune di

Provincia di

**Istanza per la cancellazione/modifica di dati contenuti
nel registro comunale delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (DAT)**

Approvato con Deliberazione del Consiglio Comunale n. del/...../.....

Lì,

All'ufficiale dello stato civile responsabile della
tenuta del registro comunale del Comune di:

.....
.....

Il/la sottoscritto/a nato/a a il
...../...../....., residente nel comune di
..... in via
..... (tel.
.....), avendo già depositato a mio nome una
dichiarazione anticipata di trattamento sanitario (DAT) presso questo ufficio di stato civile,

chiede di poter:

- Cancellare ogni dato e distruggere ogni allegato relativo alla mia iscrizione nel suddetto registro**
- Sostituire il plico contenente la DAT con quello che viene consegnato in allegato**
- Modificare la scheda del registro n. a mio nome nel senso che là dove è scritto:**

.....
.....
.....
.....

debba scriversi:

.....
.....
.....
.....

per i seguenti motivi

.....
.....
.....

A tal fine dichiara di essere a conoscenza delle disposizioni contenute nel "codice della privacy (D.Lgs. 30/06/2003, n.196 in GU so 174 del 29/07/2003)" ed in particolare delle responsabilità

civili, penali ed amministrative in questo codice previste per chi esegue trattamenti di dati personali non rispondenti alla tutela della riservatezza e di quanto previsto nel regolamento comunale di gestione del registro comunale delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (DAT) - testamento biologico - Approvato con Deliberazione del Consiglio Comunale n. del/...../.....

In fede

.....
.....

Allego copia di un documento di identità.

Riservato al funzionario: Modifica/cancellazione eseguita in data/...../..... Timbro e firma.....
