

Comune di

Provincia di

**Istanza per l'acquisizione 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.
.....),

in qualità di:

- medesimo interessato
- medico di famiglia del dichiarante
- medico curante del dichiarante
- fiduciario o supplente del fiduciario
- notaio che ha rogato l'atto
- erede

chiede:

- Di poter acquisire copia semplice della dichiarazione sostitutiva**
- La consegna del plico sigillato delle DAT**

a nome di:

.....
.....

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.