

Comune di FONTANILE

Provincia di ASTI

(Allegato 6)

**Istanza per l'acquisizione di dati contenuti
nel registro comunale delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (DAT)
Approvato con Deliberazione del Consiglio Comunale n. 14 del 08/04/2019**

Li,

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

FONTANILE

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 Regolamento generale sulla protezione dei dati (regolamento (UE) 2016/679) 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.