*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.………………………………………………………….