*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.