

All'ufficiale dello Stato civile
Comune di

**RITIRO DI COPIA DELLE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO
(DAT)**

Articolo 4, L 219/22.12.2017

Il/la sottoscritto/a			
Codice fiscale		Cittadinanza	
Nato/a a		Prov.	il
Residente in		Prov.	CAP
Via/Fraz/Loc.			n°
e-mail		Telefono	
<input type="checkbox"/> Permesso	<input type="checkbox"/> Carta di soggiorno n°	Valido dal	al

Consapevole delle responsabilità penali e civili derivanti in caso di dichiarazioni false e mendaci, ai sensi del DPR 445/2000, e presa visione dell'informativa in materia di protezione dei dati personali, ai sensi degli artt. 12, 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016, disponibile sul sito web dell'Ente al quale è rivolta l'istanza o reperibile nei locali dello stesso,

CHIEDE

la consegna

<input type="checkbox"/> Delle proprie DAT
<input type="checkbox"/> Delle DAT di (nome e cognome)

DICHIARA

di essere

<input type="checkbox"/> Disponibile	
<input type="checkbox"/> Fiduciario	facente le veci in rappresentanza del suddetto/a disponente nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie.
<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno nominato dal giudice tutelare	

(In caso di amministrazione di sostegno) Trasmette in allegato copia della nomina da parte del Giudice tutelare.

Luogo e data _____

Il richiedente
