

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 dichiaro di essere informato, tramite apposita informativa resa disponibile dall'ente a cui è
indirizzato il presente documento, ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e seg. del Regolamento
Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD-UE 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati,
anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente
istanza/dichiarazione viene resa.

In fede

.....

Allego copia di un documento di identità.

Riservato al funzionario:

Modifica/cancellazione eseguita in data/...../.....

Timbro e firma.....