*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 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.