

*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 ...../...../.....

*Li, .....*

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.