

REGISTRO D.A.T.N. _____ DEL _____

All' Ufficiale dello Stato Civile
del Comune di Altofonte

Il/la sottoscritto/a

nato ail.....

residente a....., prov.....

Cittadino/a....., tel.....

Cod.fisc.....e-mail.....

in qualità di DISPONENTE, ai sensi della Legge 22 dicembre 2017, n. 219 (G.U. n.12 del 16-01-2018)

CHIEDE

di consegnare le proprie DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (D.A.T.), in busta chiusa,

DICHIARA

a tal fine e consapevole delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76, D.P.R. 445/2000), sotto la propria personale responsabilità:

di essere capace d'intendere e volere;

di avere inserito nella busta le proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento debitamente sottoscritte, unitamente a copia del proprio valido documento d'identità e copia del valido documento d'identità del fiduciario: Sig./ra _____

che il fiduciario è persona maggiorenne e capace d'intendere e volere;

che il fiduciario ha accettato la nomina con:

o sottoscrizione dello stesso documento contenente le DAT;

o con atto successivo, che è allegato alle DAT;

che al fiduciario è stata rilasciata copia delle DAT contenute nella sopra citata busta;

(oppure)

che le DAT non contengono l'indicazione del fiduciario;

di essere a conoscenza delle modalità per rinnovare, modificare o revocare le DAT in qualsiasi momento;

di essere in possesso di una copia delle DAT contenute nella busta.

Allega alla presente:

1. il documento succitato in busta chiusa;

2. fotocopia del proprio documento d'identità in corso di validità;

Dichiara, inoltre, di essere informato ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che il trattamento dei dati sopra riportati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della riservatezza e dei diritti personali, e sarà effettuata anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione è resa.

Altofonte, lì _____

Il Dichiarante

.....