

All'ufficiale dello Stato civile
Comune di

RITIRO 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

Informato/a che i dati forniti potranno essere utilizzati ai sensi del DLgs 196/2003 (I dati saranno utilizzati nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa; saranno trattati sia con strumenti cartacei sia con strumenti informatici; potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti della L 241/07.08.1990 e in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni, secondo quanto previsto dall'art. 71 DPR 445/2000. L'interessato/a può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, di rettifica, di aggiornamento e di integrazione dei dati),

CHIEDE

la consegna della busta contenente

- Le proprie DAT
 Le DAT di (Nome e cognome)

DICHIARA

di essere

<input type="checkbox"/> Disponibile	
<input type="checkbox"/> Fiduciario	facente le veci in rappresentanza del suddetto/a disponibile 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.

Il richiedente