

Dichiarazione Anticipata di Trattamento - DAT

**AL SIGNOR SINDACO DEL COMUNE DI
MORSANO AL TAGLIAMENTO**

Il sottoscritto/a (cognome e nome) nato/a a
.....(specificare anche lo Stato, se estero) il/...../..... e residente a in Via/Piazza n.
Mail:..... Cell:.....
consapevole delle proprie responsabilità in caso di dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, al fine di consentire l'iscrizione nel Registro delle Dichiarazione Anticipata di Trattamento - DAT del Comune di MORSANO AL TAGLIAMENTO

DICHIARA

- che in data/...../..... ha compilato e sottoscritto la dichiarazione anticipata di trattamento (DAT);
- di avere indicato quale fiduciario il Signor
nato a il/...../.....
cod.fiscale:.....
residente a in via
- che la dichiarazione anticipata di trattamento è contenuta nel plico che viene consegnato per il deposito all'ufficio dello stato civile del comune di MORSANO AL TAGLIAMENTO;
- che, oltre al sottoscritto, le persone autorizzate ad acquisire informazioni sui dati contenuti nel Registro sono le seguenti:
 - il medico di famiglia del dichiarante
 - i medici che avranno in cura il dichiarante
 - il fiduciario e dal supplente del fiduciario
 - il notaio che ha rogato l'atto
 - i seguenti eredi

ACCONSENTE

all'invio telematico della copia della propria DAT alla Banca dati nazionale istituita presso il Ministero della Salute.

DICHIARA

di aver preso visione dell'allegata Informativa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation) per il trattamento dei dati raccolti nella Banca dati nazionali per le DAT, in particolare il trattamento dei dati personali raccolti con la presente richiesta saranno trattati, anche mediante sistemi automatizzati, esclusivamente per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente per le quali la presente richiesta viene resa e di acconsentire al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, ed in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

Morsano al Tagliamento,/...../.....

Firma del dichiarante