

REGISTRO D.A.T. N. _____ DEL _____ L'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE	PROTOCOLLO
--	------------

AII'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE

del Comune di \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a .....  
nato a ..... il .....  
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.)**.

## 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;
- 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;  
(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.

Allega alla presente:

1. il documento contenente le DAT;
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.***

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_  
(luogo) (data)

**Dichiarante**

.....