

Spett.le
Comune di Arcore

ISCRIZIONE AL REGISTRO COMUNALE DELLE DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)

Io sottoscritto _____
nato/a a _____ il _____
residente ad Arcore in Via/Piazza _____ n. _____
CODICE FISCALE _____
recapito telefonico _____ indirizzo e-mail _____

(eventuali comunicazioni relative alla gestione del Registro mi potranno pervenire ai recapiti telefonici e via e-mail sopra indicati, che sarà mio onere tenere aggiornati)

CHIEDO

- l'iscrizione nel registro comunale delle **Dichiarazioni Anticipate di Trattamento**; ed eventualmente
- la conservazione presso l'ufficio comunale preposto della busta contenente la mia **Dichiarazione Anticipata di Trattamento**, redatta nel pieno possesso delle mie facoltà mentali e in totale libertà di scelta. A tal fine dichiaro che le buste da me consegnate sono n° _____ pari al numero dei fiduciari designati oltre a quella destinata all'Amministrazione.

Consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000,

DICHIARO

di aver nominato i seguenti fiduciari che sono autorizzati a richiedere la busta contenente la mia dichiarazione.

- 1) Cognome e Nome _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in Via/Piazza _____
Codice Fiscale _____
recapito telefonico _____ indirizzo e-mail _____

- 2) Cognome e Nome _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in Via/Piazza _____
Codice Fiscale _____
Recapito telefonico _____ indirizzo e-mail _____

Autorizzo l'ufficio a comunicare ai seguenti soggetti la mia iscrizione nel registro, in caso di richiesta da parte degli stessi:

- Coniuge
- Parenti fino al 2° grado
- Conviventi
- Medici curanti
- Medico di famiglia
- Direttore sanitario o legale rappresentante dell'istituto di cura o di assistenza in cui dovessi essere ricoverato

- Associazioni promotrici
- Altro soggetto nominativamente individuato

Dichiaro inoltre che sono a conoscenza del Regolamento Comunale relativo alla tenuta del Registro e alla conservazione delle dichiarazioni anticipate; sono consapevole che la cancellazione della mia posizione potrà avvenire solo per mia espressa revoca e che il cambio di residenza non comporta la cancellazione dal Registro; sono consapevole che i fiduciari potranno ottenere la loro cancellazione previa dichiarazione da me controfirmata per conoscenza.

DICHIARO ALTRESÌ

- di aver depositato copia della **Dichiarazione Anticipata di Trattamento** presso il Notaio come di seguito indicato:

Cognome e Nome _____
Con sede a _____
In Via/Piazza _____
recapito telefonico _____ indirizzo e-mail _____

- di aver depositato copia della **Dichiarazione Anticipata di Trattamento** presso altro fiduciario/depositario come di seguito indicato:

Cognome e Nome _____
Con sede a _____
In Via/Piazza _____
recapito telefonico _____ indirizzo e-mail _____

I fiduciari sono informati che i loro dati personali verranno comunicati ai soggetti sopra autorizzati che richiedono l'attestazione di iscrizione nel Registro.

- di essere consapevole che, ai sensi del Dlgs. 196/2003, il trattamento delle informazioni che mi riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza di tutela della mia riservatezza e dei miei diritti.

Arcore, _____

(firma del dichiarante)

RISERVATO ALL'UFFICIO

La presente istanza – dichiarazione è stata sottoscritta dal Signor/dalla Signora _____

Identificato/a previa esibizione di documento di identità _____
n. _____ rilasciato il _____
da _____

NUMERO PROGRESSIVO ASSEGNATO ALLA **DAT** E RIPORTATO SUL REGISTRO

COMUNALE N. _____ DEL _____

Arcore, _____

Il Responsabile del Procedimento
