

	<p>COMUNE DI POPPI (AR)</p> <p>Ufficio dello Stato Civile</p> <p>Telefono 0575*50.22.18</p> <p>PEC: c.poppi@postacert.toscana.it</p> <p>Indirizzo E-MAIL: demografici.poppi@casentino.toscana.it</p>	
---	---	---

ACQUISIZIONE DATI DELLA D.A.T.

**All'Ufficio dello Stato Civile del
Comune di POPPI**

Protocollo num. _____ del _____

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente in Poppi in _____ n. _____

Telefono _____ Mail _____

IN QUALITÀ DI

- medesimo interessato
- medico di famiglia del dichiarante
- medico curante del dichiarante
- fiduciario o supplente del fiduciario
- notaio che ha rogato l'atto
- erede

CHIEDE

Di poter acquisire copia semplice della dichiarazione sostitutiva

La consegna del plico sigillato delle DAT

a nome di:

per i seguenti motivi

.....

A tal fine dichiara di essere a conoscenza delle disposizioni contenute nel "codice della privacy (D.Lgs. 30/06/2003, n.196 in GU so 174 del 29/07/2003)" ed in particolare delle responsabilità civili, penali ed amministrative in questo codice previste per chi esegue trattamenti di dati personali non rispondenti alla tutela della riservatezza e di quanto previsto nel regolamento comunale di gestione del registro comunale delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (DAT) - testamento biologico - Approvato con Deliberazione del Consiglio Comunale n. 45 del 30/07/2018 , poi Modificato con Deliberazione del Consiglio Comunale n. 20 del 30/05/2020

Poppi, il _____

FIRMA LEGGIBILE DEL DICHIARANTE