

Comune di .....

Provincia di .....

## Dichiarazione Anticipata di Trattamento - DAT

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorieta' connessa al deposito presso l'ufficio di stato civile

[Allegato 4]

Dichiarazione presentata direttamente dal cittadino

Il sottoscritto/a (cognome e nome) .....  
nato/a a .....(specificare anche lo Stato, se estero)  
il ...../...../..... e residente a ..... in  
Via/Piazza ..... n. ....  
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 .....

### DICHIARA

- che in data ...../...../..... ha compilato e sottoscritto la dichiarazione anticipata di trattamento (DAT);
- di avere indicato quale fiduciario il Signor .....  
nato a ..... il ...../...../..... residente a .....  
in via ..... n. ....;
- che la dichiarazione anticipata di trattamento è stata sigillata nel plico che viene consegnato per il deposito all'ufficio dello stato civile del comune di .....
- 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 .....
  - .....
- di essere informato, tramite apposita informativa resa disponibile dall'ente a cui è indirizzato il presente documento, ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e seg. del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD-UE 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza/dichiarazione viene resa.

Lì ...../...../.....

Firma del dichiarante:

<p>FIRMATA DAL DICHIARANTE II MIA PRESENZA</p> <p>Il ...../...../.....</p> <p>L'ADDETTO</p> <p>.....</p>	<p>SI ALLEGA FOTOCOPIA:</p> <p><input type="checkbox"/> CARTA D'IDENTITÀ</p> <p><input type="checkbox"/> PASSAPORTO</p> <p><input type="checkbox"/> PATENTE</p> <p><input type="checkbox"/> .....</p>
--	---