***All’Ufficiale di Stato Civile***

***del Comune di***

*........................................................*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| OGGETTO: | **Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (DAT).**  **Consenso all’invio di copia della dichiarazione alla Banca dati nazionale delle DAT.** | |
|  | |  |

...l... sottoscritt.... ................................................................................................................................................ nat.... il ................................. a ....................................................................................... prov. ......................... residente a ....................................................................................................................... prov. ......................... indirizzo ...................................................................................... tel. .................................................................

⬜ **ACCONSENTE** ⬜ **NON ACCONSENTE**

All’invio telematico della copia della propria dichiarazione anticipata di trattamento (DAT), presentata il ................................ alla Banca dati nazionale istituita presso il Ministero della Salute[[1]](#footnote-1);

**DICHIARA**

di aver preso visione dell’informativa resa dal Ministero della salute ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg. (UE) n. 2016/679 per il trattamento dei dati raccolti nella Banca dati nazionale per le DAT.

............................................., ........................................

Il disponente

...............................................

1. *D.M. 1° dicembre 2019, n. 168.* [↑](#footnote-ref-1)