*Comune di ……………………………………………*

*Provincia di ….................................………*

**Istanza per la cancellazione/modifica di dati contenuti**

**nel registro comunale delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (DAT)**

**Approvato con Deliberazione del Consiglio Comunale n.** *…………* **del** ….../…../….........

*Lì,* ……………………………………

All’ufficiale dello stato civile responsabile della tenuta del registro comunale del Comune di:

………………………………………………………………

Il/la sottoscritto/a ……….…………………… nato/a a ………………………………… il ….../…../…........., residente nel comune di …………………….……...............………………………………………………………… in via …………………………………………….………… (tel. ………………………………………………………), avendo già depositato a mio nome una dichiarazione anticipata di trattamento sanitario (DAT) presso questo ufficio di stato civile,

**chiede di poter:**

 **Cancellare ogni dato e distruggere ogni allegato relativo alla mia iscrizione nel suddetto registro**

 **Sostituire il plico contenente la DAT con quello che viene consegnato in allegato**

 **Modificare la scheda del registro n.** ………………… **a mio nome** *nel senso che là dove è scritto:*

………………………………………………………………………………….…………………………………….....

…………………………………………………………………………………………………………….………….....

debba scriversi:

………………………………………………………………………………….…………………………………….....

…………………………………………………………………………………………………………….………….....

**per i seguenti motivi** …………………………………………………………………………………...……….………

………………...……………………………………………………………………………………………………………

A tal fine dichiaro 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.

**In fede**

.………………………………………………

Allego copia di un documento di identità.

Riservato al funzionario:

Modifica/cancellazione eseguita in data ………/………/……...………

Timbro e firma.………………………………………………………….