

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 ...../...../.....

Li, .....

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.....