Oggetto: **PRESENTAZIONE Dichiarazioni Anticipate di Trattamento** e **comunicazione dati**

**All'Ufficiale dello stato civile**
**del Comune di Forlì**

Il/la sottoscritto/a ……..…….……

nato/a a …….……..…. il …./…../…....., residente nel comune di Forlì

in via …….……n. ……. C.F …….

Telef. /cell. ……...…….. e- mail: . ……..……,

in qualità di **DISPONENTE**

**PRESENTA** presso codesto Ufficio dello Stato Civile le proprie **Disposizioni Anticipate di Trattamento** di cui alla L. 22.12.2017 n. 219 e a tal fine

**DICHIARA**

di aver ricevuto, letto e compreso l'Informativa relativa al trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 – 14 del GDPR 2016/679

☐ **ACCONSENTE** ☐ **NON ACCONSENTE**

ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata ivi inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati;

☐ **ACCONSENTE** ☐ **NON ACCONSENTE**

alla trasmissione di copia della DAT alla Banca Dati Nazionale istituita presso il Ministero della Salute, a cura dell'Ufficiale di stato civile del comune di Forlì, secondo le modalità stabilite con Decreto del Ministero della Salute 10 dicembre 2019, n. 168.

☐ **ACCONSENTE** ☐ **NON ACCONSENTE**

alla notifica tramite e-mail dell'avvenuta registrazione nella banca dati nazionale presso il Ministero della Salute al seguente indirizzo mail: _____

**COMUNICA ALTRESI CHE TRATTASI DI**

☐ **DAT "senza indicazione"** del fiduciario;
☐ **DAT con indicazione del fiduciario** nella persona di

cognome……..…nome…….……

nato/a a …… il …../…../…....., residente nel comune di

……..…….……..… via …….…….. n. ……..

codice fiscale ……TEL. ……..

indirizzo email:……..

Forlì, _____ _____
(firma leggibile del disponente)

**(segue)**

Il sottoscritto/a _____, in qualità di fiduciario della DAT relativa al disponente sopra indicato, dichiara di aver letto e compreso l'Informativa relativa al trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 – 14 del GDPR 2016/679 e

□ **ACCONSENTE** □ **NON ACCONSENTE**

ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata ivi inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati;

□ **ACCONSENTE** □ **NON ACCONSENTE**

alla notifica tramite e-mail dell'avvenuta registrazione nella banca dati nazionale presso il Ministero della Salute al seguente indirizzo mail: _____

Forlì, _____ _____

(firma leggibile del fiduciario)