

REVOCA DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)

DATI DEL DICHIARANTE

Cognome	Nome	
Luogo di nascita	Data di nascita	
Via/piazza	Numero civico	
Comune	Provincia	CAP
Codice fiscale	Cittadinanza	
Numero di telefono fisso	Numero di telefono mobile	
Indirizzo email	Indirizzo PEC	

DICHIARA

☐ Dichiaro di ritirare il mio testamento biologico.

Data di consegna	Ente

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

☐ Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali, pubblicata sul sito internet del Comune, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione dell'istanza.

Il dichiarante

_____, ____/____/____