



CITTA' DI SOMMA LOMBARDO
Provincia di Varese

D.A.T.
Dichiarazione
Fiduciaria

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

ISCRIZIONE AL REGISTRO COMUNALE DELLE DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (D.A.T.)

Io sottoscritto/a nato/a a Prov.

..... ilresidente a Somma Lombardo,

Via.....n.....codice fiscale.....documento di identità n.

.....

recapito telefonicoindirizzo e-mail

agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle responsabilità penali nelle quali posso incorrere in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del decreto sopra citato,

DICHIARO

- di consegnare la mia Dichiarazione Anticipata di trattamento (D.A.T.), in busta chiusa e sigillata al Comune di Somma Lombardo e di avere a tale scopo utilizzato l'apposito modello predisposto dal Comune di Somma Lombardo, integro in tutte le sue parti;

- di aver inserito nella busta, insieme alla Dichiarazione Anticipata di Trattamento (D.A.T.), copia di un mio valido documento di identità e copia del valido documento di identità del/i fiduciario/i di seguito indicato/i e avente/i lo specifico compito di comunicare la presente D.A.T. agli Organismi Sanitari, al Comune e qualora ne ricorresse il caso anche all'Autorità Giudiziaria:

(nome e cognome del/i fiduciario/i)

.....

.....

.....

- di essere consapevole che ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) il trattamento delle informazioni rese, effettuabile anche con strumenti informatici, sarà eseguito esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene da me rilasciata e sarà improntato a principi di correttezza, liceità, trasparenza, oltretutto di tutela del diritto alla riservatezza;

- di essere a conoscenza delle modalità utili a revocare o modificare la mia Dichiarazione Anticipata di Trattamento (D.A.T.) e che il suo ritiro potrà essere effettuato esclusivamente da me stesso o dal/i fiduciario/i sopra indicato/i.

Autorizzo il Settore Servizi Generali del Comune di Somma Lombardo a comunicare:

- l'esistenza della presente Dichiarazione Anticipata di Trattamento a chiunque lo richieda:

Firma del dichiarante

- l'esistenza della presente Dichiarazione Anticipata di Trattamento solamente ai seguenti soggetti:

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

Firma del dichiarante

| |
|--|
| D.A.T. Dichiarazione Intestatario |
|--|

- NON autorizzo il Settore Servizi Generali del Comune di Somma Lombardo a comunicare a chiunque lo richieda l'esistenza della presente Dichiarazione Anticipata di Trattamento.

Somma Lombardo, lì

Il dichiarante

(firma da apporre alla presenza dell'impiegato comunale)

(parte riservata all'ufficio)

La presente dichiarazione è stata sottoscritta da

di fronte all'impiegato addetto previa identificazione con documenton.

..... rilasciato da il

N. Registrazione data

Somma Lombardo, lì

Timbro e firma
dell'impiegato