

**OGGETTO: Prestazione del consenso, quale fiduciario, al trattamento dei propri dati personali per il deposito delle DAT.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
cittadino/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_  
in riferimento all'incarico di fiduciario ricevuto ed accettato con Disposizione Anticipate di Trattamento (DAT) depositate in data odierna presso questo ufficio dal/la Sig./ra \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- di aver preso visione dell'informativa rese ai sensi del D.Lgs 196/2003 e degli artt. 13 e 14 del G.D.P.R. 679/2016 per il trattamento dei dati personali raccolti presso il Comune di Castel Maggiore e nella Banca Dati nazionale per le D.A.T.;
- di autorizzare il trattamento dei dati.

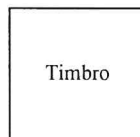
Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del fiduciario** (per esteso e leggibile)

**PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO**

La suddetta dichiarazione di accettazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal fiduciario della cui identità mi sono accertato mediante \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
**L'ufficiale dello Stato Civile**