

CONSENSO DI TRASMISSIONE DELLA DAT AL MINISTERO DELLA SALUTE

Io sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a Nuvolento in via _____

con la presente

DICHIARO

di dare il mio **CONSENSO** a che copia della mia DAT, depositata al Comune di Nuvolento in data _____ venga trasmessa dal Comune di Nuvolento alla Banca Dati Nazionale del Ministero della Salute.

Nuvolento, il _____

FIRMA
