

**CONSENSO DI TRASMISSIONE DELLA DAT AL MINISTERO DELLA SALUTE**

lo sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a Nuvolera in via \_\_\_\_\_

con la presente

**DICHIARO**

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

Nuvolera, il \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_