



**Attestazione di presa visione e comprensione delle informazioni ed espressione del consenso  
al trattamento dei dati personali in relazione al percorso ACOT  
(AGENZIA DI CONTINUITA' OSPEDALE TERRITORIO)**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Acquisite le informazioni fornite ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 sul trattamento dei miei dati personali, compresi i diritti che posso esercitare e compreso che in qualsiasi momento posso revocare il consenso prestato

presto il consenso     non presto il consenso     revoco il consenso (se prestato in precedenza)

a che i miei dati vengano comunicati dai professionisti del reparto di dimissione dell'AOUS ai professionisti dell'Azienda Usl Toscana Sud Est coinvolti nell'attivazione e gestione del percorso ACOT per la mia persona

presto il consenso     non presto il consenso     revoco il consenso (se prestato in precedenza)

a che i miei dati vengano comunicati dall'Azienda al mio medico di fiducia (MMG) che collabora all'attivazione e gestione del percorso ACOT per la mia persona

indico i seguenti dati di contatto, ai fini di ogni comunicazione da parte dell'Azienda in relazione al percorso ACOT:

- numero di telefono fisso: \_\_\_\_\_
- numero di telefono cellulare: \_\_\_\_\_
- nominativo di altra persona/familiare da contattare: \_\_\_\_\_
- contatti telefonici della persona autorizzata \_\_\_\_\_

data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**OPPURE**

Il paziente è in stato di impossibilità fisica, incapacità di agire o di intendere o di volere, pertanto il consenso è espresso da (nome e cognome) \_\_\_\_\_

in qualità di:  tutore     amministratore di sostegno     altro soggetto legittimato  
(specificare: \_\_\_\_\_)

documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Firma di chi esprime il consenso \_\_\_\_\_