



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)

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