

SCREENING EPATITE C

MODULO PER LA RACCOLTA DEL CONSENSO INFORMATO

Il D.L. 30 dicembre 2019, n. 162, art. 25-sexies, prevede la realizzazione di uno screening per prevenire, eliminare ed eradicare il virus dell'epatite C (HCV). In questo ambito, la Regione Emilia-Romagna promuove un programma di screening totalmente gratuito, nei confronti dei soggetti nati tra il 1969 e il 1989.

Si richiede, perciò, di compilare e firmare l'autorizzazione acclusa, resi consapevoli che tutte le informazioni di cui verremo in possesso saranno trattate nel rispetto della normativa vigente sul trattamento dei dati personali (D.lgs. 196/2003 "Codice della Privacy" Reg UE 679/2016 GDPR, come da informativa allegata).

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome e nome in stampatello)

Nato/a _____ il ___/___/_____ Residente a _____ Prov (___)

Via _____ CAP _____ Telefono _____

DICHIARA

- Di avere letto/è stata illustrata in una lingua nota e di aver compreso/ tutte le informazioni utili riferibili al Programma di Screening per prevenire, eliminare ed eradicare il virus dell'epatite C (HCV);
- di autorizzare/NON autorizzare (cancellare la voce che non interessa) l'azienda _____ ad eseguire lo screening;
- di autorizzare/NON autorizzare (cancellare la voce che non interessa) l'eventuale utilizzo di detto materiale biologico per eventuali ulteriori accertamenti diagnostici disponibili;
- di autorizzare/NON autorizzare (cancellare la voce che non interessa) dopo l'esecuzione dei tests la conservazione del/i campione/i biologici residui presso _____. In caso di NON autorizzazione alla conservazione, il campione verrà eliminato.

Luogo e data: _____ Firma: _____

Da compilare a cura di chi ha fornito le informazioni:

Cognome e nome: _____ Qualifica: _____

Conferma che il/la sig./ra _____ ha espresso il consenso alla procedura di screening, dopo essere stato/a adeguatamente informato/a

Luogo e data: _____ Firma: _____