

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 Umbria 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

Ho letto/mi è stata illustrata in una lingua nota e ho compreso tutte le informazioni utili sul Programma di Screening per prevenire, eliminare ed eradicare il virus dell'epatite C (HCV);	SI	NO
Autorizzo l'Azienda Sanitaria ad eseguire il test di screening per HCV;	SI	NO
Autorizzo l'eventuale utilizzo del materiale biologico del test HCV per eventuali ulteriori accertamenti diagnostici disponibili;	SI	NO
Autorizzo 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.	SI	NO

Luogo e data: _____ Firma: _____