

## 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 e la conservazione temporanea del materiale biologico del test HCV per gli eventuali ulteriori accertamenti diagnostici	SI	NO

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_