

SCREENING NAZIONALE GRATUITO PER L'ELIMINAZIONE DEL VIRUS HC

**MODULO PER LA RACCOLTA DEL CONSENSO
REFLEX TESTING - PRELIEVO EMATICO**

Il/La sottoscritto/a _____ (Cognome e Nome in stampatello),
Codice Fiscale _____,
Nato/a _____ il ____/____/_____,
Residente a _____ Prov (_____),
Via _____ CAP _____
Telefono _____
e-mail _____

DICHIARA:
(indicare con la voce che interessa)

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 l'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale ad eseguire lo
screening HCV prelievo ematico.

Luogo e data: _____ Firma: _____

Da compilare a cura di chi ha fornito le informazioni:

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

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: _____