

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 Universitaria Giuliano Isontina 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: \_\_\_\_\_