

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER L'EFFETTUAZIONE  
DELLO SCREENING PER L'INFEZIONE DA VIRUS DELL'EPATITE C (HCV)**

Io sottoscritto/a (*nome e cognome*) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_, provincia di \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_, Codice fiscale \_\_\_\_\_,  
recapito telef. \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_

adeguatamente informato/a delle specifiche motivazioni per le quali mi è stato proposto lo screening dell'infezione da virus dell'epatite C (HCV), ai sensi del Decreto del Ministero della Salute del 14 maggio 2021,

**D I C H I A R O** che

- Ho letto, mi è stato illustrato in una lingua nota e ho del tutto compreso le informazioni sullo screening del virus dell'epatite C.
  - Ho avuto la possibilità di porre le domande che ritenevo opportune e ho avuto risposte comprensibili ed esaurienti.
  - Ho letto e compreso per intero il documento informativo riguardante la raccolta, la conservazione e l'utilizzo dei miei dati personali;
  - Ho letto e compreso le finalità e le modalità del trattamento dei miei dati personali ed ho avuto sufficiente tempo per decidere, liberamente e volontariamente, se prestare o meno il consenso.
- Pertanto, presto il mio consenso all'esecuzione del test per la ricerca degli anticorpi specifici contro il virus dell'epatite C e, successivamente, in caso di positività a questo primo test, all'esecuzione sullo stesso campione di sangue di un test per la ricerca dell'HCV-RNA del virus stesso.

- SI
- NO

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, come esposto all'interno delle informazioni privacy su estese

- SI
- NO

Autorizzo il Laboratorio di Analisi Cliniche ANALITIKON s.n.c. ad inviarmi il risultato degli esami eseguiti attraverso un SMS al mio numero di telefono \_\_\_\_\_

- SI
- NO

Santa Margherita di Belice, \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato/a: \_\_\_\_\_

(Da compilare a cura di chi fornisce 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.

Santa Margherita di Belice, \_\_\_\_\_ Firma del Sanitario: \_\_\_\_\_