



**CONSENSO ALLA COMUNICAZIONE DEGLI ESITI  
DELLE INDAGINI SIEROLOGICHE ALLA UNITÀ  
OPERATIVA DI MALATTIE INFETTIVE**

Rev.0.0  
27/03/2021  
Pagina 1 di 1

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

*In caso di minore indicare le generalità del secondo genitore*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** indicare un recapito telefonico \_\_\_\_\_

e mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

(1) in qualità di paziente

(2) in qualità di esercente/i la potestà sul minore .....

(3) in qualità di tutore/amministratore del paziente.....

**Informato/a** dal Dott. \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_

- che, in caso di positività al test sierologico per la ricerca di HCV, trattandosi di un test di screening la positività dovrà essere confermata attraverso un nuovo e diverso test di conferma;

- dell'opportunità di inviare all'Unità Operativa di Malattie Infettive l'esito dell'indagine diagnostica e i dati clinici e anagrafici ad essa correlate, al fine di avviare un percorso di presa in carico da parte degli specialisti infettivologi;

- Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato;

Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate ai sensi del **Regolamento UE 2016/679 del D.Lgs 196/2003 e smi** concernenti la "protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali".

**ACCONSENTO**                       **NON ACCONSENTO**

**Alla trasmissione degli esiti dell'indagine sierologica per la ricerca di HCV alla U.O. di Malattie Infettive dell'ospedale di Enna.**

**Firma Medico** \_\_\_\_\_

Eventuale interprete  NO  SI  
(cognome nome e firma) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Firma del paziente/Rappresentante Legale** \_\_\_\_\_