



## **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 Emilia-Romagna 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 (segnare con una X le voci che interessano)**

- di aver letto l'informativa predisposta o di aver ricevuto illustrazione in una lingua nota relativamente al Programma di Screening per prevenire, eliminare ed eradicare il virus dell'epatite C (HCV) e di avere compreso tutte le informazioni utili;
- di aver avuto la possibilità di chiarire eventuali dubbi, potendo eventualmente contattare per ulteriori informazioni, chiarimenti, approfondimenti i riferimenti indicati nella INFORMATIVA disponibile sul sito web aziendale
- di autorizzare l'Ausl di Imola ad eseguire lo screening per Epatite C

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