



*Direzione Sanità e Welfare*  
*sanita@regione.piemonte.it*



**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO RELATIVA AL  
TEST PER LA RICERCA DEL VIRUS DELL'EPATITE C (ricerca anticorpi anti HCV)**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ MAIL \_\_\_\_\_

**Esprime consenso**

Informato delle specifiche motivazioni per le quali il test proposto, ai sensi dell'art. 25-sexies del Decreto Legge 30/12/2019, N 162, convertito con modificazioni dalla L 28/02/2020, N 8, e avendo compreso tutte le informazioni utili riferibili al Programma di Screening per prevenire, eliminare ed eradicare il virus dell'Epatite C (HCV), acconsente all'esecuzione del TEST HCV e all'eventuale utilizzo di detto materiale biologico per eventuali ulteriori accertamenti diagnostici disponibili

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

**Esprime diniego**

Dichiara di non autorizzare il test HCV, di comprendere appieno le conseguenze del rifiuto e di esonerare totalmente il personale medico ed infermieristico, nonché l'intera Struttura Sanitaria da qualsivoglia responsabilità.

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

Dal colloquio avuto, è risultato che il paziente ha ricevuto le informazioni necessarie, avvalendosi del modulo informativo, ed ha espresso liberamente la sua scelta.

Luogo e data \_\_\_\_\_ L'operatore sanitario \_\_\_\_\_