



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

AREA
BENESSERE,
SALUTE E SICUREZZA

CONSENSO SOGGETTO FONTE

Bologna, _____

Gentile Signore/a,

un operatore dell'Ateneo di Bologna, è stato accidentalmente esposto, per motivi professionali, a materiale biologico proveniente dalla Sua persona, con modalità che potrebbero consentire la possibile trasmissione di agenti infettivi. Al fine di sottoporre in modo mirato e corretto l'operatore infortunato al protocollo di sorveglianza post-esposizione, è opportuno sottoporLa ai seguenti esami del sangue:

- **ricerca dei marcatori di possibile infezione da HIV (HIV Ab/Ag);**
- **ricerca dei marcatori di possibile infezione da virus dell'epatite B (HbsAg);**
- **ricerca dei marcatori di possibile infezione da virus dell'epatite C (anti-HCV IgG).**

Le chiediamo pertanto l'autorizzazione ad effettuare gli esami indicati, anche in ottemperanza a quanto disposto dall'art.5, comma 3, della legge n° 135/1990 per l'esecuzione del test volto ad evidenziare l'infezione da HIV. I dati raccolti saranno trattati ESCLUSIVAMENTE dalla **U. O. di Medicina del Lavoro dell'Università di Bologna** (Policlinico S. Orsola-Malpighi, via Palagi 9), nel rispetto del Codice in materia di protezione dei dati personali (art.13 e 79 del D.L. 30/2003 n° 196).

Il/La sottoscritto/a **Cognome** _____ **Nome** _____

Data di nascita _____ **C.F.** _____

adeguatamente informato circa le modalità e gli scopi dell'accertamento nonché del personale sanitario che ne verrà a conoscenza:

autorizzo l'esecuzione degli accertamenti sopra riportati SÌ NO

acconsento ad informare l'infortunato dei risultati delle analisi SÌ NO

Inoltre:

desidero che i risultati mi vengano inviati al seguente indirizzo e-mail

desidero che i risultati mi vengano consegnati personalmente

non desidero conoscere i risultati degli accertamenti autorizzati

Firma _____

In caso di minori, o persona non in condizioni di intendere e di volere, firma, in qualità di _____

Cognome _____ Nome _____

Firma leggibile _____

UNITÀ PROFESSIONALE DI MEDICINA DEL LAVORO

Via P. Palagi 9 | 40138 Bologna | Italia | Tel. Back Office + 39 051 2084076/77/78/79 | Tel. Medici Competenti + 39 051 2084080/81/82/85 | mail: servmedlav.medicinadellavoro@unibo.it PEC: medicina.lavoro@pec.unibo.it