



ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

CENTRO DI ATENEO  
PER LA TUTELA E PROMOZIONE  
DELLA 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. P. 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 REGOLAMENTO EUROPEO UE nr. 2016/679 - GDPR).

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 \_\_\_\_\_

### 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 | [servmedlav.medicinadellavoro@unibo.it](mailto:servmedlav.medicinadellavoro@unibo.it)



ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

CENTRO DI ATENEO  
PER LA TUTELA E PROMOZIONE  
DELLA SALUTE E SICUREZZA

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 | [servmedlav.medicinadellavoro@unibo.it](mailto:servmedlav.medicinadellavoro@unibo.it)