



Staff Direzione Generale
U.O. Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale
Direttore: Dott. Massimo Delbianco

DICHIARAZIONE DI CONSENSO TEST HIV

IL SOTTOSCRITTO.....NATO IL

A.....RESIDENTE.....

QUALIFICA.....

NEOASSUNTO: A TEMPO DETERMINATO []
 A TEMPO INDETERMINATO []
 LIBERO PROFESSIONISTA []

ALTRA CONDIZIONE (specificare).....

al fine di consentire al Medico Competente/Autorizzato la valutazione sulla idoneità alla mansione specifica, ai sensi delle normative vigenti:

DICHIARO

- di dare []
- non dare []

il consenso alla effettuazione degli accertamenti sanitari previsti dal protocollo aziendale per la ricerca della sieropositività per HIV.

Il responsabile del trattamento dei dati sanitari relativi alla Sua persona è il medico competente/autorizzato dell'Azienda USL Rimini.

In base a quanto dichiarato dal D.Lgs.196/03 Le comunichiamo che i dati sanitari personali acquisiti saranno conservati all'interno della cartella sanitaria e di rischio personale nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 81/08 e s.m.i.

Data

Firma