

## CONSENSO INFORMATO PER HIV

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_.

Dichiara di essere stato/a informato/a in modo chiaro e comprensibile dal Dottore \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ circa i rischi, gli obiettivi e i benefici relativi agli esami chimico-clinici che gli saranno praticati in  
data odierna.

Ciò premesso, il sottoscritto acconsente all'esecuzione del prelievo ematico venoso e all'effettuazione degli  
esami richiesti compreso dell' HIV Ab nonché all'analisi statistica dei risultati che potranno essere pubblicati  
in forma anonima.

Data \_\_\_\_\_

Firma utente \_\_\_\_\_