

CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME HIV

Il/la sottoscritto/a _____ la cui identità è stata accertata tramite il doc. identità n.° _____ rilasciato da _____ in data _____ chiede che gli/le venga effettuato la seguente indagine clinica: HIV (1+2) Anticorpi, e dichiara di essere stato/a informato/a che se il test dovesse risultare positivo (Antic.presenti), verrà effettuato il test di conferma, come da normativa vigente.

Data _____

Firma _____

CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME HIV

Il/la sottoscritto/a _____ la cui identità è stata accertata tramite il doc. identità n.° _____ rilasciato da _____ in data _____ chiede che gli/le venga effettuato la seguente indagine clinica: HIV (1+2) Anticorpi, e dichiara di essere stato/a informato/a che se il test dovesse risultare positivo (Antic.presenti), verrà effettuato il test di conferma, come da normativa vigente.

Data _____

Firma _____