



Banca del Tessuto Muscoloscheletrico

AUTOCERTIFICAZIONE

Sulla base dei dati di sorveglianza epidemiologica e ai fini della prevenzione della trasmissione di: ☐ **Zika Virus** ☐ **West Nile Virus**

☐ **Altro (specificare):**

consapevole che il/i virus è/sono trasmissibile/i con il sangue, io sottoscritto

.....

nato il..... e residente a

dichiaro che

- ☐ **NON HO EFFETTUATO ALCUN VIAGGIO**
- ☐ **NON HO AVUTO ALCUNA DIAGNOSI O SOSPETTO DI INFEZIONE DA VIRUS ZIKA O WEST NILE**
- ☐ **HO SOGGIORNATO NEGLI ULTIMI 120 GIORNI, ANCHE PER BREVE TEMPO** (una notte), nei seguenti Paesi stranieri/Regioni italiane:

.....

Sono consapevole che, se rientrando nella lista dei Paesi stranieri/Regioni italiane a rischio, il tessuto donato sarà eliminato oppure sul mio campione ematico saranno condotti ulteriori accertamenti (che autorizzo fin d'ora) atti ad escludere l'infezione virale trasmissibile.

Data: Firma leggibile:

