

## AUTORIZACIÓN DE FUENTE

Nombre y Apellidos de la Fuente : \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha del Accidente: \_\_\_\_\_

Autorizo extracción analítica para valoración de la exposición accidental con riesgo biológico ocurrida y de la cual soy fuente. Autorizo el tratamiento de los datos para la notificación de la exposición accidental a la Autoridad Sanitaria, así como el intercambio de datos que sean necesarios para el seguimiento analítico de mi exposición amparado por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Asimismo autorizo la realización de las siguientes pruebas analíticas:

**Hbs Ag, Anti VHC y Anti VIH (Si positivo en VHC o VIH confirmar)**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Firma de la fuente / tutor legal.

Fdo.: \_\_\_\_\_