

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO
 all'accertamento dello stato di ebbrezza alcolica e/o dell'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope
 ai sensi della Legge 41/2016

Io sottoscritto/a _____
 nato/a il _____ a _____
 attualmente sottoposto/a a cure mediche presso _____
 sono stato/a informato/a dal/dalla Dott./Dott.ssa _____

che esiste una richiesta dell'Autorità Giudiziaria e/o delle Forze di Polizia affinché io sia sottoposto/a ad accertamento del tasso alcolemico e/o dell'uso di sostanze stupefacenti ai sensi della Legge 41/2016.

Reso edotto:

della facoltà di farsi assistere da un difensore di fiducia, senza che ciò possa comportare pregiudizio nel compimento delle operazioni

delle modalità del prelievo e delle finalità dello stesso

che sul campione biologico verranno eseguite indagini chimico-tossicologiche finalizzate ad evidenziare il tasso alcolemico e la presenza di sostanze stupefacenti e/o psicotrope

delle modalità di conservazione e/o di smaltimento dei campioni biologici

della trasmissione dei risultati agli Organi richiedenti

Dichiaro di avere integralmente ed esaurientemente compreso quanto sopra e:

Consenso	Matrice	Accetto	Rifiuto
Prelievo dei campioni biologici per l'accertamento del tasso alcolemico	Sangue		
Prelievo dei campioni biologici per l'accertamento dell'assunzione di sostanze stupefacenti	Sangue		
	Urina		

Firma del Paziente

Si da atto che l'interessato/a:

- è momentaneamente impossibilitato/a a fornire un consenso valido.
- è impossibilitato/a a firmare per motivi sanitari, ha manifestato oralmente la suindicata volontà in merito all'effettuazione del/degli accertamento/i.

Prelievo coattivo: Si No

Dichiaro che le etichette identificative sono correttamente compilate e controllate e sottoscritte. Tutto il materiale utilizzato era integro e chiuso. I prelievi sono stati suddivisi, etichettati e sigillati in mia presenza.

Data

Firma del Medico di P.S. Firma del Paziente