

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO**

all'accertamento dello stato di ebbrezza alcolica e/o dell'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope  
 ai sensi degli articoli 186 e 187 del Codice della Strada

Io sottoscritto/a

nato/a il  a  Prov.

Attualmente sottoposto 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 degli articoli 186 e 187 del C.d.S. Sono stato/a informato/a che ho la facoltà di rifiutare tali accertamenti ma che in caso di rifiuto incorrerò nelle sanzioni previste dalla legge (sanzioni penali più sanzioni accessorie di sospensione, revoca, revisione della patente di guida) come se l'esito dell'esame fosse positivo e che quindi il mio rifiuto avrà significato di ammissione di positività.

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 .....

- Il/la paziente è momentaneamente non in grado di esprimere un consenso informato (perchè sedato, intubato, in coma ecc.)
- Il/la paziente, impossibilitato/a a firmare per motivi sanitari, ha manifestato oralmente la suindicata volontà in merito all'effettuazione del/degli accertamento/i

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.

Firma del Medico di P.S. ....

Firma del Paziente .....