

Allegato 1a

Scheda di esame clinico per la valutazione dello stato di ebbrezza o sotto l'influenza dell'alcool e/o di alterazione da sostanze stupefacenti e/o psicotrope

Struttura in cui viene effettuato l'esame clinico: _____

Unità Operativa (U.O.) in cui viene effettuato l'esame clinico: _____

Nome Cognome Sanitario che effettua l'esame clinico: _____

Data dell'esame clinico ____/____/____/____ Ora dell'esame clinico: ____/____/____

DATI DEL SOGGETTO

Cognome Nome.....

Data di nascita..... luogo di nascita.....

Residente a.....via/Piazza.....n..... Città.....

Documento identificativo.....

Recapito telefonico.....

Indirizzo mail o di p.e.c.....

Il soggetto accetta l'esame clinico

SI

NO

Per accettazione

Non accettazione

Firma del Sanitario