



**Richiesta accertamento diagnostico in sospetto di alcoldipendenza ai sensi della D.G.R. Piemonte n. 21- 4814 del 22.10.2012.**

Al Responsabile SER.D.

Sede di \_\_\_\_\_

Con la presente si richiede di sottoporre ad **Accertamento di assenza di alcoldipendenza** il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Dipendente della Ditta (si prega di specificare oltre alla denominazione tutti i dati necessari per la fatturazione) \_\_\_\_\_

Si allegano gli esiti degli accertamenti già effettuati.

Il Medico Competente  
(timbro e firma)

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Indirizzo e recapito telefonico del Medico Competente (dati necessari per l'invio del referto)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **INFORMAZIONI**

### **A COSA SERVE IL MODULO**

*Richiedere accertamenti per assenza di alcol dipendenza, ai sensi della normativa vigente.*

### **CHI DEVE COMPILARE IL MODULO**

*Il Medico Competente.*

### **COME FAR AVERE IL MODULO ALL'ASL CN1**

*Il modulo deve essere spedito all'indirizzo della sede Ser.D. competente per territorio di residenza del lavoratore o scelta dallo stesso sulla base di eventuale specifica indicazione.*

Il modulo deve essere *firmato e spedito*:

- o per posta ordinaria;
- o tramite PEC all'indirizzo [protocollo@aslcn1.legalmailPA.it](mailto:protocollo@aslcn1.legalmailPA.it)

*Si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione.*

Gli indirizzi delle sedi a cui è possibile rivolgersi sono:

**Ser.D. Cuneo** – Corso Francia n. 10 – 12100 CUNEO

Tel. 0171 450128

**Ser.D. Mondovì-Ceva** – Sede di Mondovì - Via Fossano n. 2 – 12084 MONDOVI'

Tel. 0174 676175

**Ser.D. Savigliano-Saluzzo** – Sede di Saluzzo – Via del Follone n. 4 – 12037 SALUZZO

Tel. 0175 215270

**Ser.D. Savigliano-Saluzzo** – Sede di Savigliano – Via Torino n. 137 – 12038 SAVIGLIANO

Tel. 0172 240612

### **MODALITÀ E TEMPI DI RISPOSTA**

*La certificazione attestante l'esito degli accertamenti effettuati viene trasmessa in busta chiusa al Medico competente entro 60 gg. dalla prima visita effettuata presso il Ser.D - Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito [www.aslcn1.it](http://www.aslcn1.it).*

### **RIFERIMENTI**

Segreteria DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE\_

Tel.: 0174 723862 – 0171 450167\_\_ E-mail: [dip.dipendenze@aslcn1.it](mailto:dip.dipendenze@aslcn1.it)