



**Richiesta accertamento diagnostico in sospetto di tossicodipendenza ai sensi del Provvedimento 30/10/2007 della Conferenza unificata, pubblicato sulla G.U. 266 del 15/11/2007.**

All'ASL CN1

Al Direttore

S.C. Servizio Dipendenze Patologiche

Dr. Maurizio COPPOLA

CUNEO

Con la presente si richiede di sottoporre ad **Accertamento di assenza di tossicodipendenza** 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 tossicodipendenza, 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 *firmato e spedito*:

- per posta ordinaria;
- 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*

### **MODALITÀ E TEMPI DI RISPOSTA**

*La certificazione attestante l'esito degli accertamenti effettuati viene trasmessa in busta chiusa al Medico competente entro 30 gg giorni dalla prima visita effettuata presso il Ser.D in quanto Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito [www.aslcn1.it](http://www.aslcn1.it).*

### **RIFERIMENTI**

S.S. SER.T. di CUNEO

Tel. 0171 450128 – E-mail: [sert.cuneo@aslcn1.it](mailto:sert.cuneo@aslcn1.it)

Segreteria DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE

Tel.: 0174 723862 E-mail: [dip.dipendenze@aslcn1.it](mailto:dip.dipendenze@aslcn1.it)