

**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 tati 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:

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 | | |

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 Paziente

Nel caso di omicidio stradale, ai sensi della legge n.41/2016, si procede all'esecuzione coattiva del prelievo se il paziente rifiuta di dare il consenso.

Prelievo coattivo: ☐ Sì ☐ No

Data

Firma del medico di P.S.