

**MODULO ACCETTAZIONE PROTOCOLLO PATENTE**

**Allegato a**

Il/La sottoscritto/a Sig. \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_

dichiara di accettare il programma descritto a seguire, di verifica per la certificazione di assenza di uso di di sostanze alcoliche e/o stupefacenti.

Per l'accertamento dell'assunzione di **alcolici** il programma prevede 1 prelievo ematico (emocromo, ferritina, AST, ALT, GGT, CDT), 8 alcoltest con cadenza settimanale, 8 screening urinari con cadenza settimanale per la valutazione dell'Etilglucuronide.

Per l'accertamento dell'assunzione di **stupefacenti** il programma consiste in 8 screening urinari con cadenza settimanale per la ricerca di oppiacei, cocaina, metadone, benzodiazepine e 4 screening urinari con cadenza quindicinale per la ricerca di cannabinoidi.

In entrambi i casi verrà sottoposto a visita medica per la raccolta dell'anamnesi e colloquio psicologico con somministrazione di test specifici.

Il programma prevede inoltre la **frequenza obbligatoria** al corso informativo-educativo "Alcol, uso di sostanze e guida" che consiste in 3 incontri con cadenza settimanale della durata di 2 ore ciascuno, tenuto c/o il SerD da varie figure dell'equipe.

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere informato che l'eventuale alterazione e/o manomissione dei campioni sarà valutata come un esito positivo e invalidante e che, le eventuali assenze e/o ritardi rispetto alla giornata prevista di raccolta del campione devono essere tempestivamente comunicati e sono giustificati solo da comprovate motivazioni di salute (certificazione medica).

Sono informato e accetto che le condizioni suddette determinino la cessazione del programma di verifica in modo irrevocabile.

L'inizio del programma avverrà previa presentazione di ricevuta di pagamento del ticket relativo al cc intestato all'Azienda Sanitaria Locale n° 5.

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_