

Prot. N° _____

**RICHIESTA ACCERTAMENTI DI SECONDO LIVELLO
PRESSO LA SC DIPENDENZE AREA GIULIANA –
SS DIPENDENZE DA SOSTANZE ILLEGALI**

Ai sensi degli Accordi Stato – Regioni del 30.10.2007 e del 18.09.2008 per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope

AMBULATORIO ACCERTAMENTI piazzale Canestrini, 2 TRIESTE
telefono 040-3997522 - pec: asugi@certsanita.fvg.it
Info e prenotazioni lunedì e giovedì dalle ore 09:00 alle ore 14:00
Accertamenti il lunedì e il giovedì dalle ore 15:30 alle ore 18:30

Ditta richiedente l'accertamento * : _____

Codice fiscale/P.IVA _____ **codice SDI** _____

Sede legale _____

(*vanno forniti i dati completi della ditta, anche ai fini della fatturazione delle prestazioni erogate)

Medico competente: _____

Tel. _____ **e-mail** _____

indirizzo PEC del medico per l'invio della relazione di accertamento

Nominativo lavoratore: _____

Data e luogo di nascita: _____

Residenza: _____

Telefono: _____

Attività lavorativa: _____

Luogo e data

Il medico competente richiedente
