

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](mailto: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  
\_\_\_\_\_