

LOGO ASL E SEDE SERT

Al Medico Competente

Dott. _____

Accertamenti Sert ai sensi del Provvedimento 30.10.2007 “Intesa ai sensi dell’art. 8 comma 6 della legge 5 giugno 2003 n. 131 in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza”.

Si comunica che il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____
_____ il _____ residente a _____
via/piazza _____ da Lei inviatoci per gli
approfondimenti diagnostici volti ad escludere l’uso di sostanze stupefacenti o psicotrope o
lo stato di tossicodipendenza non si è presentato a questo Sert in prima convocazione in
data _____ e in seconda convocazione in data _____

Luogo e data

Il medico Sert
(firma e timbro)