

Al Sert di _____
ASL della Provincia di _____
(indirizzo)

**Richiesta di accertamenti e certificazione 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 invia a codesto Sert il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a a
_____ il _____ residente a _____
via/piazza _____ (dipendente della Ditta _____
_____ ubicata in _____ indirizzo _____
_____ CF e P. IVA _____

_____ documento identificativo _____
risultato positivo all'accertamento di primo livello per _____

_____ (vedi allegati),
per gli approfondimenti diagnostici volti ad escludere l'uso di sostanze stupefacenti o
psicotrope o lo stato di tossicodipendenza al fine di definire l'idoneità alle mansioni
lavorative.

Luogo e data

Il Medico Competente
(firma e timbro con telefono)