

MODULO RACCOLTA URINE E CONSENSO ESAME SCREENING DROGHE

DITTA RICHIEDENTE _____

DATI ANAGRAFICI

Nome: _____

Cognome: _____

Data di nascita: _____

Luogo di nascita: _____

Codice fiscale/ carta d'identità: _____

Residenza via: _____

Città: _____

DATI PRELIEVO

Medico competente: _____

Luogo di raccolta: _____

Data prelievo: _____

ora prelievo: _____

N. campioni: 5 Aliquota A quantità 10 mL

Aliquota B1 quantità 10 mL

Aliquota B2 quantità 10 mL

Aliquota C1 quantità 10 mL

Aliquota C2 quantità 10 mL

N. protocollo _____

NOTE

Eventuale assunzione di farmaci _____

DICHIARAZIONE DEL LAVORATORE _____

Il lavoratore dichiara di essere stato informato in merito agli accertamenti sanitari da eseguire per verificare l'assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti e attesta che il campione consegnato è originale, non contraffatto, che gli appartiene ed è correttamente identificato.

Il lavoratore, avendo ricevuto, letto e compreso l'informativa consegnata, autorizza il trattamento dei dati personali, inerenti la salute ai sensi degli articoli 4, 9 GDPR secondo le finalità per le quali sono stati raccolti e/o trasmessi, ai sensi e nel rispetto delle modalità e dei limiti previsto dalla D.Lgs. 196/2003 e Regolamento UE 679/2016.

Firma del RESPONSABILE DEL PRELIEVO

Firma del lavoratore

CATENA DI CUSTODIA:

Consegnato da: _____ data: _____ ore: _____

Ricevuto da: _____ data: _____ ore: _____