



**DIPARTIMENTO di  
DIAGNOSTICA di LABORATORIO**

C.da Pietrapollastra – 90015 CEFALU'  
Tel.: 0921/920532 – Fax: 0921/920420  
E-mail: [diplaboratori@pec.asppalermo.org](mailto:diplaboratori@pec.asppalermo.org)  
**Direttore: Dott.ssa Barone Teresa**

**Modulo 2**

**Dichiarazione di consenso informato e manifestazione di volontà per l'accertamento di eventuali violazioni degli artt. 186, 187 del Codice della Strada e s.m.i.**

P.S. del Presidio Ospedaliero

Il Sottoscritto:

Cognome		Nome	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Tipo Documento Identità	N.	Rilasciato da	Il

attualmente sottoposto a cure mediche presso il P.S. del Presidio Ospedaliero in intossicazione, dichiaro di esser stato/a informato/a dal/dalla Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ che esiste una richiesta dell'Autorità Giudiziaria o Legali Rappresentanti affinché io sia sottoposto/a ad **accertamento del tasso alcolemico e/o dell'uso di sostanze stupefacenti** secondo quanto previsto dall'art. 354 del Codice di Procedura Penale, nonché ai sensi degli artt. 186 e 187 del Codice della Strada e s.m.i..

Dichiaro di esser stato informato/a della facoltà di rifiutare tali accertamenti ma che in caso di rifiuto incorrerò nelle medesime sanzioni previste dal C.d.S (sanzioni penali e sanzioni accessorie di sospensione, revoca, revisione della Patente di guida).

Dichiaro di esser stato/a informato/a di avere facoltà di farmi assistere, in presenza, da un difensore di fiducia nel compimento degli atti di accertamento, senza diritto di essere quest'ultimo preventivamente avvisato, come previsto dall'art. 356 del Codice di Procedura Penale.

Dichiaro di aver integralmente compreso quanto sopra e decido quindi di fornire il mio consenso/dissenso all'accertamento, come segue:

<input type="checkbox"/> <b>ACCONSENTO di sottopormi:</b>	<input type="checkbox"/> <b>al prelievo del sangue</b>
	<input type="checkbox"/> <b>alla raccolta delle urine</b>
	<input type="checkbox"/> <b>al prelievo di matrice pilifera</b>
<input type="checkbox"/> <b>NON ACCONSENTO di sottopormi:</b>	<input type="checkbox"/> <b>al prelievo del sangue</b>
	<input type="checkbox"/> <b>alla raccolta delle urine</b>
	<input type="checkbox"/> <b>al prelievo di matrice pilifera</b>

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato \_\_\_\_\_  
(o, se minore, del genitore/tutore legale)

Firma del Difensore \_\_\_\_\_  
(se intervenuto)

Firma del Medico \_\_\_\_\_

Si dà atto che l'interessato/a:

- è momentaneamente impossibilitato a fornire un consenso valido  Glasgow Coma Score \_\_\_\_\_
- è impossibilitato/a a firmare per motivi sanitari, ma ha manifestato oralmente al sottoscritto la suindicata volontà in merito all'effettuazione dell'accertamento;
- rifiuta di firmare il presente modulo di consenso.

Firma del Medico \_\_\_\_\_