

**RICHIESTA DI CONTROANALISI SU MATRICE CHERATINICA
COMMISSIONE MEDICA LOCALE.....**

IDENTIFICATIVO CAMPIONE: _____ DATA DI PRELIEVO: _____
 COGNOME _____ NOME _____
 LUOGO E DATA di NASCITA _____ / ____ / ____
 CODICE FISCALE _____ TEL. _____
 Indirizzo e luogo di residenza o domicilio: via _____ n. _____
 CAP _____ Città o Paese _____ Provincia _____

PRIMA DI PROCEDERE, CHIAMARE PER VERIFICA IL CAD DI ORBASSANO AL NUM. DI TELEFONO: 01190224217

- Procedura 1:** Ripetizione delle analisi sul campione prelevato per poter esprimere il giudizio di idoneità alla guida, **ai sensi dell'art. 186 del Codice della Strada e/o del D.Lgs. 59/2011, allegato III lettera E**, finalizzato al rilievo del consumo di bevande alcoliche:
 ESAME DEL CAPELLO (etilglucuronato) **COSTO ESAME Art. 186: 90,00 €**
- Procedura 2:** Ripetizione delle analisi sul campione prelevato per poter esprimere il giudizio di idoneità alla guida, **ai sensi dell'articolo 187 del Codice della Strada e/o del D.Lgs. 59/2011, allegato III lettera F**, finalizzato al rilievo dell'esposizione a sostanze stupefacenti:
 ESAME DEL CAPELLO o ALTRE FORMAZIONI PILIFERE
COSTO ESAMI Art. 187: 85,00 €/classe di sostanza risultata positiva.

RICHIESTA ANALISI PER LA CLASSE DI SOSTANZE _____

_____, li ____ / ____ / _____

Firma dell'interessato

NUOVO COD CAMPIONE
(a cura del CAD)

p.p.v. (Per il Presidente della Commissione) _____

MODALITA' DI PAGAMENTO E CONTROANALISI RICHIESTE:

 **ATTENZIONE: NON EFFETTUARE IL PAGAMENTO PRESSO I PUNTI GIALLI DEGLI OSPEDALI/ASL.**

Gli esami sono a totale carico dell'interessato (i costi indicati sono comprensivi di bollo).

- È possibile pagare la prestazione richiesta direttamente presso il Centro Avanzato di Diagnostica (CAD) tramite BANCOMAT o CARTA DI CREDITO (*non sono accettati pagamenti in contanti*) sito in Regione Gonzole 10/1, 10043 Orbassano (TO) (località: Ospedale San Luigi Gonzaga) nel seguente orario: da lunedì a venerdì dalle ore 8.30 alle ore 12.00. Solo il mercoledì anche dalle 14.00 alle 15.30.
- In alternativa, è possibile pagare prima, presso qualsiasi Banca tramite BONIFICO BANCARIO, come segue:
BENEFICIARIO: Centro Avanzato di Diagnostica
BANCA: UNICREDIT BANCA – IBAN IT 87 G 02008 30689 000041327141
CAUSALE: COGNOME e NOME dell'interessato

DOCUMENTI da presentare o inviare (scansionati) a info@cadbertinaria.it o via fax allo 01190224261:

- Il presente modulo di richiesta di controanalisi
- Documento valido di riconoscimento (Carta di Identità, Patente, Passaporto) e la tessera sanitaria
- Ricevuta del pagamento se effettuato tramite bonifico. Si procederà con l'esecuzione delle controanalisi solo dopo la verifica dell'avvenuto pagamento. In caso contrario, non sarà possibile erogare la prestazione richiesta.

REFERTAZIONE: I referti verranno inviati direttamente alla Commissione Medica Locale, entro 15 giorni lavorativi dalla verifica dell'avvenuto pagamento.

L'utente ha facoltà di assistere personalmente o tramite delegato alle controanalisi (barrare la casella):

- lo sottoscritto chiedo di essere informato circa la data e l'ora dell'esecuzione delle controanalisi per assistere personalmente e/o tramite un mio rappresentante delegato (avvocato) e/o un consulente tecnico.
 È consentita la presenza di massimo *nr. 2 persone esterne* durante le operazioni presso il laboratorio, previa segnalazione dei nominativi alla ns. amministrazione.
- lo sottoscritto rinuncio ad assistere personalmente e/o tramite rappresentante delegato all'esecuzione delle controanalisi.

Per ulteriori informazioni contattare: 01190224217 (Ufficio Relazioni con il Pubblico del CAD).