

INTESTAZIONE INVIANTE

---

---

---

### Modulo richiesta conferma positività per sostanze stupefacenti e psicotrope

Si chiede, per il <b>campione B</b> del/la Signor/a.	
NOME	
COGNOME	
DATA DI NASCITA	
DIPENDENTE DITTA	
di confermare la positività delle seguenti sostanze:	
FARMACI (assunti negli ultimi 7 giorni):	
Invio campione C (per MC)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
INVIARE REFERTO A:	
INDIRIZZO:	
TEL:	E-MAIL
FAX:	PEC
INVIARE FATTURAZIONE A:	
INDIRIZZO:	

Firma medico/ operatore inviante

---

CODICE IDENTIFICATIVO Campione raccolto
--