

DICHIARAZIONE DEL LAVORATORE

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____
via/piazza _____
dipendente della ditta _____
con mansione di _____
documento d'identità _____

DICHIARA

che nei 12 mesi precedenti all'attuale accertamento è stato/a sottoposto/a a:

A. trattamenti sociosanitari per tossicodipendenza presso strutture pubbliche **SI** **NO**
se **SI** specificare _____

B. trattamenti sociosanitari per tossicodipendenza presso strutture private **SI** **NO**
se **SI** specificare _____

C. interventi in Pronto Soccorso per il trattamento di patologie correlate all'uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope **SI** **NO**
se **SI** specificare _____

D. ricoveri per patologie correlate all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope **SI** **NO**
se **SI** specificare _____

E. accertamenti medico - legali per uso di sostanze stupefacenti o psicotrope **SI** **NO**
se **SI** specificare _____

SOTTOSCRIVERE ALLA PRESENZA DEL MEDICO COMPETENTE e/o medico del SERD

In base alle disposizioni vigenti il/la sottoscritto/a conferma la veridicità delle dichiarazioni rilasciate

Luogo e data

Il/La dichiarante