

MODULO DI CONSENSO INFORMATO E VERBALE DI PRELIEVO PER SOSTANZE STUPEFACENTI

(Accertamenti di assenza di sostanze stupefacenti/psicotrope)

Presidio Sanitario / Azienda:

Medico Competente: Dr./Dott.ssa

1. ANAGRAFICA DEL LAVORATORE / SOGGETTO INTERESSATO

Il/La sottoscritto/a:

- **Cognome e Nome:**

- **Nato/a a:** _____ **il:** // _____

- **Codice Fiscale:**

- **Documento d'Identità:** _____ **N°:**

- **Azienda di appartenenza:**

- **Mansione svolta:**

(es. autista, mulettista, carrellista, carropontista, ecc.)

2. DICHIARAZIONE DI INFORMAZIONE E CONSENSO

Il sottoscritto dichiara di essere stato compiutamente e dettagliatamente informato dal Medico Competente in merito a:

1. **Finalità del test:** Esecuzione dello screening tossicologico per escludere l'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope, obbligatorio per la mansione a rischio svolta, ai sensi dell'art. 41 comma 4 del D.Lgs. 81/08. [2, 3]
2. **Modalità di analisi:** Il test prevede un primo screening immunochimico (su matrice urinaria). In caso di non-negatività, il campione verrà inviato a un laboratorio autorizzato per il test di conferma tramite metodica medico-legale (GC/MS o LC/MS).

3. **Catena di custodia:** La raccolta avviene alla presenza di personale sanitario incaricato. Il campione verrà sigillato con etichette e sigilli antieffrazione siglati dal sottoscritto per garantirne l'inalterabilità.
4. **Conseguenze del rifiuto:** La mancata esecuzione del test o il rifiuto di sottoscrivere il presente modulo determinano l'impossibilità di esprimere il giudizio di idoneità alla mansione, con immediata sospensione cautelativa dalla stessa e conseguenti provvedimenti aziendali e disciplinari.
5. **Trattamento dati:** I dati personali e sanitari saranno trattati nel rispetto del segreto professionale e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Esprimo il mio consenso informato all'effettuazione del test tossicologico:

☐ **SÌ, ACCETTO** di sottopormi all'accertamento.

☐ **NO, RIFIUTO** di sottopormi all'accertamento.

Data: // _____ **Firma del Lavoratore:** _____

3. ANAMNESI TOSSICOLOGICA (Dichiarazione sui Farmaci)

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità di aver assunto nei **5 giorni precedenti** al presente prelievo i seguenti farmaci, presidi terapeutici o sostanze (es. sciroppi, antidolorifici, ansiolitici): [7]

- ☐ Nessun farmaco assunto.
- ☐ Farmaci assunti (*specificare nome e posologia*): _____

Data: // _____ **Firma del Lavoratore:** _____

4. VERBALE DI CAMPIONAMENTO E CATENA DI CUSTODIA (A cura dell'operatore)

Si attesta che in data odierna // _____ alle ore _____, presso i locali di Corilab, si è proceduto alla raccolta del campione biologico di:

- ☐ **Urina** ☐ **Altro** (*specificare*): _____

Operazioni eseguite in presenza del lavoratore:

- Identificazione del soggetto tramite documento d'identità valido.
- Verifica dell'idoneità del campione (temperatura, integrità, assenza di evidenti alterazioni).
- Suddivisione del campione in aliquote (se previsto dalla procedura) e apposizione dei sigilli identificativi numerati. **Codice identificativo:** _____

Si dà atto che il lavoratore ha assistito a tutte le operazioni di sigillatura e ha verificato la corrispondenza dei codici.

Firma del Lavoratore (per attestazione corretto campionamento):

Firma del Medico Competente / Operatore Sanitario:

Note per l'utilizzo del modello:

- **Duplica copia:** Il modulo va sempre compilato e firmato in doppia copia: una rimane all'interno della cartella sanitaria gestita dal Medico Competente, l'altra viene consegnata al lavoratore.]
- **Codici a barre:** Se la catena di custodia del laboratorio associato prevede codici a barre adesivi, una parte di essi va applicata direttamente su questo verbale in corrispondenza della sezione