

**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).

1. E' possibile pagare la prestazione richiesta direttamente presso il Centro Regionale Antidoping 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.
2. In alternativa, è possibile pagare prima, presso qualsiasi Banca tramite BONIFICO BANCARIO, come segue:
BENEFICIARIO: CONSORZIO PIEMONTESE PER LA PREVENZIONE E LA REPRESSIONE DEL DOPING E DI ALTRI USI ILLECITI DEI FARMACI
BANCA: UNICREDIT BANCA – IBAN IT 87 G 02008 30689 000041327141
CAUSALE: COGNOME e NOME dell'interessato

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

1. Il presente modulo di richiesta di controanalisi
2. Documento valido di riconoscimento (Carta di Identità, Patente, Passaporto) e la tessera sanitaria
3. 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 rappresentate 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).