

LOGO ASL E SEDE SERT

Al Medico Competente

Dott. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Accertamenti Sert ai sensi del Provvedimento 30.10.2007 “Intesa ai sensi dell’art. 8 comma 6 della legge 5 giugno 2003 n. 131 in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza”.**

Si comunica che il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ da Lei inviatoci per gli  
approfondimenti diagnostici volti ad escludere l’uso di sostanze stupefacenti o psicotrope o  
lo stato di tossicodipendenza non si è presentato a questo Sert in prima convocazione in  
data \_\_\_\_\_ e in seconda convocazione in data \_\_\_\_\_

Luogo e data

Il medico Sert  
(firma e timbro)