

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO
PER L'ESECUZIONE DI ACCERTAMENTI URGENTI
DI CUI ALL'ART. 186/187 DEL CODICE DELLA STRADA**

Io sottoscritto/a (cognome e nome)

nato/a il / / a

D I C H I A R O

di essere stato informato in modo comprensibile ed esauriente dal dott.,
nominato ausiliario di polizia giudiziaria ai sensi dell'art. 348, comma 4, c.p.p., che gli accertamenti sanitari a cui mi appresto a sottopormi, ai sensi dell'art. 186 / 187 del Codice della Strada, consistono nella raccolta di due campioni di sangue intero per la verifica della presenza e relativa quantità di alcol e/o di sostanze stupefacenti o psicotrope e/o loro metaboliti attivi, *(cancellare eventuali informazioni non pertinenti con le operazioni che si stanno svolgendo)* che sarà eseguita a mezzo analisi tossicologico-forensi presso il laboratorio.....

.....
(indicare denominazione e sede del laboratorio presso il quale i campioni prelevati vengono analizzati).

Confermo, inoltre:

- di essere stato informato che, in caso di rifiuto a sottopormi agli accertamenti sanitari suddetti, sarò passibile delle sanzioni penali e amministrative di cui all'art. 186, comma 7, del Codice della Strada;
- di essere stato informato che i risultati dei suddetti accertamenti sanitari saranno tempestivamente comunicati, ai sensi dell'art. 186 / 187 del Codice della Strada, all'Autorità che li ha richiesti e tutta la documentazione relativa agli stessi, compresa la presente dichiarazione, sarà custodita presso l'Ufficio in intestazione;
- che i miei dati personali, indispensabili per l'acquisizione del presente consenso informato e trattati nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento (UE) 2016/679, d.lgs. n. 196/2003 e dal d.lgs. n. 51/2018, sono corretti.
- di essere stato informato della facoltà di farmi assistere da un difensore di fiducia, secondo quanto previsto dagli artt. 352-354-356 c.p.p.

Pertanto, liberamente, spontaneamente e consapevolmente,

☐ **ESPRIMO** ☐ **NEGO** **IL MIO CONSENSO AGLI ACCERTAMENTI SANITARI SOPRA INDICATI.**

_____ / /

Firma leggibile dell'interessato.....
(o di chi ne fa legalmente le veci)

Timbro e Firma del medico