

**POLIZIA DI STATO**  
**SEZIONE POLIZIA STRADALE DI**

PEC:

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO**

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 medico, dott. \_\_\_\_\_, che gli accertamenti sanitari a cui mi appresto a sottopormi, ai sensi dell'art. 187 del Codice della Strada, consistono in una visita medica volta ad accertare la presenza di un eventuale stato di alterazione psico-fisica e nella raccolta, con procedura non invasiva, di due campioni di fluido del cavo orale per l'analisi di *conferma* della presenza e quantità di dette sostanze e/o loro metaboliti, che saranno eseguite a cura del medesimo medico presso \_\_\_\_\_.

Dichiaro, inoltre, di essere stato informato dalla polizia giudiziaria:

- che in caso di rifiuto a sottopormi agli accertamenti sanitari suddetti, sarò passibile delle sanzioni penali e amministrative di cui all'art. 187 comma 8 del Codice della Strada;
- che tutta la documentazione relativa agli accertamenti sanitari suddetti, compresa la presente dichiarazione, sarà custodita presso l'Ufficio in intestazione;
- della facoltà di farmi assistere da un difensore di fiducia, secondo quanto previsto dagli artt. 352-354-356 c.p.p.
- che i miei dati personali sono trattati nel rispetto di quanto previsto dal d.lgs. n. 196/2003 e s.m.i. e dal d.lgs. 51/2018.

Pertanto, liberamente, spontaneamente e consapevolmente,

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

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Timbro e Firma del medico

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