

Spett.le ASST dei Sette Laghi
Laboratorio di Tossicologia
Al Responsabile
Viale Borri 57
21100 Varese

E p.c. Spett.le ASST dei Sette Laghi
Commissione Medica Locale
della Provincia di Varese
Al Presidente
Viale Borri 57
21100 Varese

Oggetto: ISTANZA DI RICORSO AI SENSI DELLA CIRC. REGIONALE 31 LUGLIO 2002, N. 35
DIREZIONE GENERALE SANITA' - CONTROANALISI

Io sottoscritto (Cognome e Nome) _____
Nato/a a _____ (Prov) _____ il _____
Residente in _____ (Prov) _____ (cap) _____
Via _____ Recapito telefonico _____
email/pec _____
documento di riconoscimento _____ numero _____
rilasciato da _____ il _____ scadenza _____

PREMESSO CHE

in data ____/____/____ ho preso visione dell'esito delle analisi tossicologiche
effettuate presso il Laboratorio di Tossicologia della ASST Sette Laghi di Varese, di cui al referto
n. _____

CHIEDO

ai sensi della circolare di Regione Lombardia, D.G. Sanità n. 35/SAN del 31/07/2002 di avviare
la procedura di controanalisi su campione di:

URINE per le seguenti sostanze:

<input type="checkbox"/> Oppiacei	<input type="checkbox"/> Amfetamina/metamfetamina	<input type="checkbox"/> Benzodiazepine	
<input type="checkbox"/> Cocaina	<input type="checkbox"/> Ketamina	<input type="checkbox"/> Buprenorfina	
<input type="checkbox"/> Metadone	<input type="checkbox"/> Metilendiossiamfetamine	<input type="checkbox"/> Cannabinoidi	<input type="checkbox"/> Creatinina

SANGUE per le seguenti sostanze: Transferrina desialata (CDT)

MATRICE CHERATINICA per le seguenti sostanze:

<input type="checkbox"/> Oppiacei	<input type="checkbox"/> Amfetamina/metamfetamina	<input type="checkbox"/> Etilglucuronato (ETG)
<input type="checkbox"/> Cocaina	<input type="checkbox"/> Ketamina	<input type="checkbox"/> Buprenorfina
<input type="checkbox"/> Metadone	<input type="checkbox"/> Metilendiossiamfetamine	<input type="checkbox"/> Cannabinoidi

E PERTANTO AUTORIZZO

Il Laboratorio di Tossicologia della ASST Sette Laghi di Varese a disporre la trasmissione della presente istanza, la copia degli esiti analitici contestati ed il materiale biologico oggetto delle controanalisi al seguente laboratorio:

- Laboratorio di Analisi chimico - Tossicologiche Dipartimento di Medicina Legale e Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Pavia, via Forlanini, 12, 27100 PAVIA
- Laboratorio di Tossicologia Forense dell'Università degli Studi di Milano, via Mangiagalli 37, 20133 MILANO;

affinché lo stesso dia esecuzione alle controanalisi richieste.

I risultati delle controanalisi saranno trasmessi a: ASST dei Sette Laghi - Commissione Medica Locale della Provincia di Varese, c.a. Presidente Dr. Massimo Alonzo - Viale Borri 57 , 21100 Varese

Accetto che il costo delle controanalisi sia a completo carico del ricorrente e che dovrà essere pagato anticipatamente e secondo le modalità e gli importi stabiliti dal Laboratorio che effettua le controanalisi. Il mancato pagamento equivale alla rinuncia alla presente istanza.

Firma _____

Sono stato informato che è mia facoltà farmi assistere da un consulente di parte che potrà essere presente alle indagini, con oneri a mio carico.

Varese, _____

Firma _____

Allego copia documento di riconoscimento