

**CARTA INTESTATA DELL'AZIENDA RICHIEDENTE**  
(Indispensabile!)

---

**PARTE A - RISERVATA AL RICHIEDENTE, DA COMPILARE E INVIARE VIA FAX A:**

Direzione Affari Generali  
Azienda Ospedaliera di Perugia  
FAX 075 578 3842 ; TEL. 075 578 3942

e p.c. S.C. Medicina del Lavoro  
Azienda Ospedaliera di Perugia  
FAX 075 578 4472; Cell. 346 3146979

Dopo avere **preso visione ed accettato le tariffe** delle prestazioni a pagamento di codesta Azienda Ospedaliera pubblicate sul sito internet [www.azienda.ospedale.perugia.it](http://www.azienda.ospedale.perugia.it) (Tariffario Aziendale e Tariffario Regionale), si richiede l'esecuzione degli **accertamenti di screening** per sostanze stupefacenti o psicotrope previsti dalla normativa vigente (DGR Umbria N. 109 del 2/02/2009) per N. \_\_\_\_\_ dipendenti, da effettuarsi:

- presso Ambulatorio S.C. Medicina del Lavoro
- presso la nostra sede ubicata \_\_\_\_\_

Si richiede inoltre l'eventuale esecuzione dell'**esame di conferma**, in caso di positività dell'esame di screening.

I risultati degli accertamenti andranno consegnati al nostro Medico Competente Dr. \_\_\_\_\_

Si richiede che per tali importi sia emessa fattura intestata a:

Ditta \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Part.IVA \_\_\_\_\_

Modalità di pagamento: 30 giorni dalla data di emissione fattura

Il Titolare/Rappresentante legale

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma)

---

**INFORMATIVA PER IL RICHIEDENTE**

*Scaricare e stampare il presente modulo, compilarlo e inviarlo via fax agli indirizzi indicati.*

*La Direzione Affari Generali dell'Azienda Ospedaliera provvederà a trasmettervi l'accettazione della richiesta con le modalità di accesso.*

*Dopo avere ricevuto la conferma di accettazione è possibile prenotare direttamente le prestazioni, chiamando: Ambulatorio Medicina del Lavoro Cell. 346 3146979; Tel- Fax 075 578 4472.*