ALLEGATO_1 m_it.DCSAL.REGISTRO UFFICIALE.U.0005429.20-06-2025

Allegato 1

Ministero dell'Interno

DIPARTIMENTO DEI VIGILI DEL FUOCO, DEL SOCCORSO PUBBLICO E DELLA DIFESA CIVILE

VERBALE

INFORMATIVA PRIVACY E VERIFICA DEL TASSO ALCOLEMICO MEDIANTE ETILOMETRO

Il giorno _____ alle ore _____ presso la sede di servizio _____

_____

il/la sottoscritto/a personale sanitario [1]

_____

procede alla verifica del tasso alcolemico mediante etilometro nei confronti di [1]

_____

Nato/a a _____ Prov. _____ in data _____

Identificato con il seguente documento in corso di validità [2]

_____

in servizio presso[3]: _____

- Informato che in conformità alle disposizioni previste dall'ordinamento del Corpo nazionale dei vigili del fuoco in materia di idoneità al servizio, nonché in attuazione delle misure previste per la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro[4], il personale può essere sottoposto a procedure di verifica di assenza di condizioni di assunzione di alcol e sostanze psicotrope e stupefacenti e al preventivo controllo alcolimetrico mediante l'uso di etilometro. Tali controlli hanno finalità esclusivamente preventiva e si inseriscono nell'ambito delle attività volte a garantire l'idoneità al servizio operativo e la sicurezza nei contesti d'intervento;
- Informato che le vigenti disposizioni prevedono la preventiva verifica del tasso alcolemico mediante analisi del fiato con etilometro e che, all'esito positivo dell'indagine con etilometro, si procederà alla verifica su matrice urinaria e al prelievo di sangue venoso per alcol + sostanze stupefacenti e psicotrope in conformità al protocollo M/3 della Convenzione con R.F.I. S.p.A. o, all'esito negativo del controllo con etilometro, alla verifica delle sostanze stupefacenti e psicotrope in conformità al protocollo M/2 della Convenzione con R.F.I. S.p.A.;
- Informato che ai sensi del Regolamento UE 2016/679 – GDPR, i dati raccolti nel corso di tali controlli saranno custoditi, anche in forma digitale, a cura del medico responsabile del procedimento autorizzato al trattamento dei dati personali sensibili e trattati esclusivamente per le finalità previste dalle vigenti normative, ovvero gestiti nel rispetto dei principi di sicurezza, riservatezza, minimizzazione e proporzionalità;
- Il/La sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 e di averne compreso il contenuto (Appendice allegata).

[1] Specificare: *qualifica, nome e cognome*
[2] Specificare: *tipo, numero e data di scadenza del documento d'identità*
[3] Specificare: *sede di assegnazione lavorativa*
[4] D.lgs. 81/2008, art. 20, comma 2, lettera i; art. 41, comma 4; D.P.R. 64/2012, art. 35, comma 6; Decreto 127/2019, art. 18

Stampa Risultato Test

Motivo del controllo

☐ Controllo a campione

☐ Controllo per “ragionevole dubbio”

☐ Controllo su conducente di mezzo VV.F. dopo incidente/infortunio

☐ Controllo pre-affidamento di mansione

☐ Altro (Specificare) _____

Dati identificativi del dispositivo utilizzato:
Marca: Screen Italia – BluePoint MEDICAL GmbH & Co.
Modello: AlcoTrue® M

Modalità di misurazione *“Modalità attiva AM”*

Valore alcol: _____g/L BAC

ESITO REFERTAZIONE:

☐ **NEGATIVO** (valore = 0,00 g/L)

☐ **POSITIVO** (valore > 0,00 g/L)

Eventuali note o osservazioni:

_____

_____

_____

Firma del lavoratore: **Timbro e firma del verbalizzante:**

_____ _____