

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO ALL'EFFETTUAZIONE DEL PROTOCOLLO DIAGNOSTICO E INFORMAZIONE SUI PROTOCOLLI VACCINALI

All'atto della presentazione per l'accertamento dell'idoneità psico-fisica il candidato dovrà sottoscrivere la seguente dichiarazione di consenso informato.

Il sottoscritto _____, nato il _____,
a _____ (Pr. _____), informato dal Presidente della Commissione
per l'accertamento dell'idoneità psico-fisica (o dall'ufficiale medico suo delegato
_____) in tema di significato, finalità e potenziali conseguenze derivanti
dall'esecuzione degli accertamenti previsti nel protocollo diagnostico,

dichiara:

- di aver ben compreso quanto gli è stato spiegato dall'ufficiale medico predetto ed in ragione di ciò acconsente/non acconsente (1) ad essere sottoposto agli accertamenti per l'idoneità psico-fisica previsti nel protocollo;
- di aver preso atto che gli esami radiologici, utilizzando radiazioni ionizzanti (dette comunemente raggi x), sono potenzialmente dannosi per l'organismo (ad esempio per il sangue, per gli organi ad alto ricambio cellulare, ecc.) ma che gli stessi potrebbero risultare utili o indispensabili per l'accertamento e la valutazione di eventuali patologie, in atto o pregresse, non altrimenti osservabili né valutabili con diverse metodiche o visite specialistiche, non avendo null'altro da chiedere, presta libero consenso ad essere eventualmente sottoposto all'indagine radiologica richiesta, in quanto pienamente consapevole dei benefici e dei rischi connessi all'esame.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di aver ricevuto dal Presidente della Commissione per l'accertamento dell'idoneità psico-fisica (o dall'ufficiale medico suo delegato _____) l'informazione sui protocolli vaccinali previsti per il personale militare in tema di significato, finalità e potenziali conseguenze derivanti dalla loro esecuzione.

I vincitori di concorso saranno sottoposti, ove necessario, al completamento del profilo vaccinale, secondo le modalità definite nella "Direttiva tecnica in materia di protocolli sanitari per la somministrazione di profilassi vaccinali al personale militare", allegata al Decreto Interministeriale 16 maggio 2018.

_____, _____
(luogo) (data)

(firma leggibile del dichiarante)

Nota (1): depennare la voce che non interessa.

CENTRO DI SELEZIONE E RECLUTAMENTO NAZIONALE DELL'ESERCITO

Ufficio Selezione Psicofisiologica

DICHIARAZIONE ANAMNESTICA

COGNOME: _____ NOME: _____
NATO IL: ____ / ____ / ____ LUOGO DI NASCITA: _____

1	RICOVERI IN OSPEDALE	SI	NO	MOTIVO:
2	INTERVENTI CHIRURGICI	SI	NO	DOVUTO A:
3	FRATTURE-TRAUMI-LESIONI ARTICOLARI (lussazioni, lesioni capsula articolare e/o legamenti, ecc.)	SI	NO	SPECIFICARE:
4	MALATTIE DEL SANGUE (anemia mediterranea, ecc.)	SI	NO	ELENCARE:
5	MALATTIE ALLERGICHE	SI	NO	ELENCARE:
6	PROBLEMI DI VISTA E/O UDITO	SI	NO	ELENCARE:
7	ALTRE MALATTIE (cuore e apparato circolatorio, apparato respiratorio, digerente, urogenitale, endocrino, mammella, cute, ecc.)	SI	NO	QUALI?
8	MALATTIE NERVOSE E/O MENTALI (comprese le sindromi epilettiche)	SI	NO	ELENCARE:
9	USO DI SOSTANZE ALCOLICHE E/O STUPEFACENTI	SI	NO	SPECIFICARE:
10	E' STATO SOTTOPOSTO AD ALTRE VISITE MEDICHE SELETTIVE FINALIZZATE A CONCORSI ?	SI	NO	SPECIFICARE ESITO:

Il sottoscritto dichiara che quanto sopra asserito corrisponde al vero ed è consapevole delle responsabilità civili e penali che si assumerebbe in caso di dichiarazione **MENDACE**.

Dichiara, inoltre, di accettare di sottoporsi a tutti gli accertamenti previsti dal bando di concorso e di essere a conoscenza della loro natura e della loro finalità per la valutazione dell'idoneità fisio-psichica. Autorizza, altresì, la trattazione, per le finalità concorsuali, dei dati sensibili correlati ai suddetti accertamenti.

FOLIGNO ____ / ____ / ____

Firma del dichiarante _____



**CENTRO DI SELEZIONE E RECLUTAMENTO
NAZIONALE DELL'ESERCITO**

Ufficio Selezione Psicofisiologica

DICHIARAZIONE DI STATO DI GRAVIDANZA

Io sottoscritta _____

dichiaro che* _____ sono attualmente in stato di gravidanza.

* NON o SI.

Foligno ____/____/____

Firma della dichiarante _____

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto

nato il

Candidato per il bando di concorso

.....

Dichiara di essere stato reso consapevole che, nell'ambito degli accertamenti psicofisiologici svolti presso questo Centro di Selezione, in data ed ora che verrà preventivamente comunicata, sarà sottoposto agli esami "bioimpedenziometria" ed "handgrip" al fine della valutazione dei parametri fisici correlati alla composizione corporea, alla massa metabolicamente attiva ed alla forza muscolare. Tali esami non sono invasivi né risultano nocivi per la salute, ma ci si dovrà attenere alle seguenti indicazioni procedurali:

- non mangiare e bere nelle 4 ore prima del test;
- urinare prima del test (entro 30 minuti);
- evitare esercizio fisico, da moderato a intenso, nelle ultime 12 ore;
- fornire, a richiesta, ogni dato anamnestico utile all'esecuzione dell'esame.

Luogo e data,

Firma del candidato

CENTRO DI SELEZIONE _____

DICHIARAZIONE RELATIVA ALL'APPLICAZIONE DI TATUAGGI

Io sottoscritto (Nome e Cognome).....

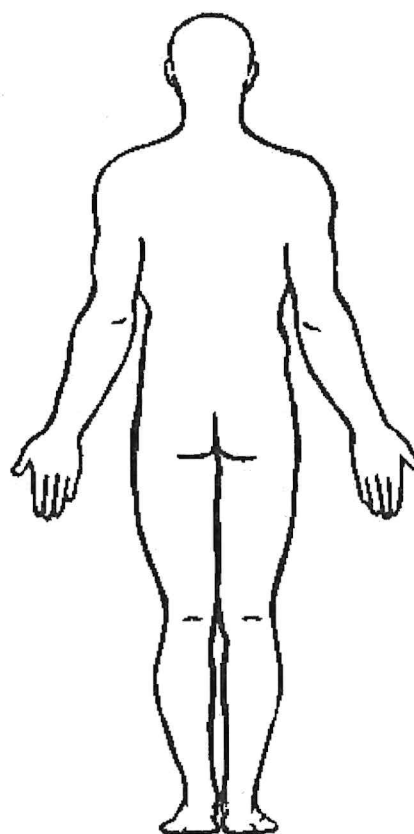
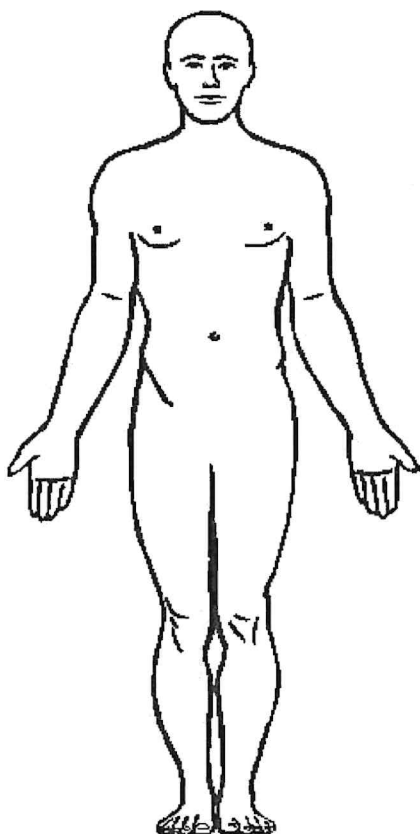
Luogo e data di nascita

DICHIARO DI:

☐ **AVERE**

☐ **NON AVERE**

APPLICATI TATUAGGI



Se è stata dichiarata l'applicazione il candidato:

1. localizzi nella figura sovrastante, indicandoli con un numero progressivo, tutti i suoi tatuaggi;
2. riporti, nella legenda sottostante, a fianco del numero corrispondente, una breve descrizione di ciascun tatuaggio indicato.

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

6) _____

Foligno, _____
data

Firma del dichiarante

CENTRO DI SELEZIONE _____

DICHIARAZIONE RELATIVA ALL'APPLICAZIONE DI TATUAGGI

Io sottoscritta (Nome e Cognome).....

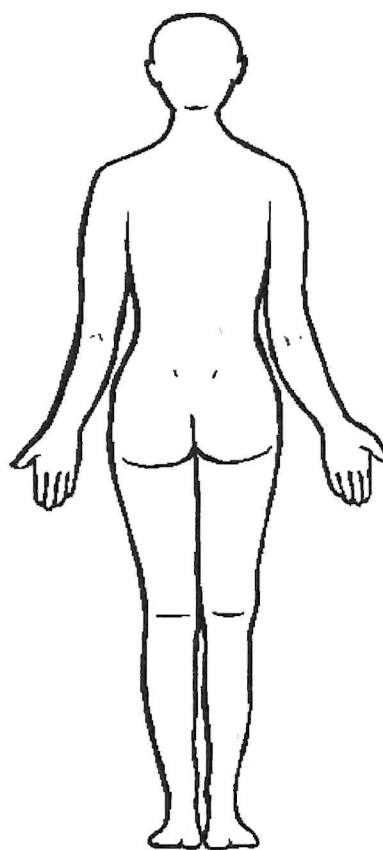
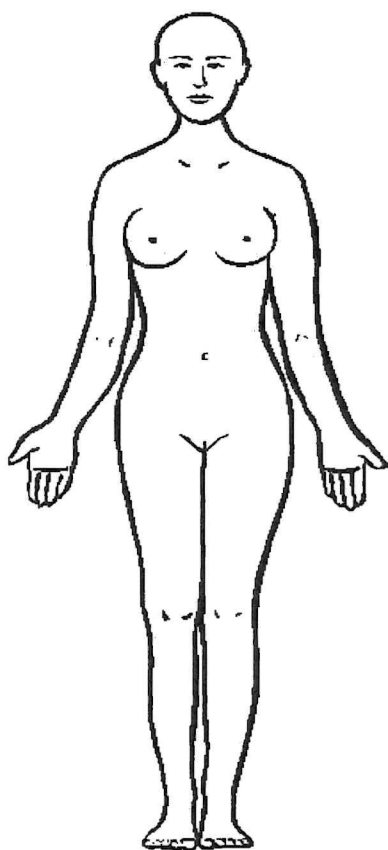
Luogo e data di nascita

DICHIARO DI:

☐ AVERE

☐ NON AVERE

APPLICATI TATUAGGI



Se è stata dichiarata l'applicazione la candidata:

1. localizzi nella figura sovrastante, indicandoli con un numero progressivo, tutti i suoi tatuaggi;
2. riporti, nella legenda sottostante, a fianco del numero corrispondente, una breve descrizione di ciascun tatuaggio indicato.

- 1) _____

- 2) _____

- 3) _____

- 4) _____

- 5) _____

Foligno, _____
data

Firma della dichiarante