

PROTOCOLLO DIAGNOSTICO E INFORMAZIONE SUI PROTOCOLLI VACCINALI
(Art. 9, co. 4 del bando)

All'atto della presentazione per gli accertamenti fisici il candidato dovrà sottoscrivere le seguenti dichiarazioni di consenso informato.

Il _____ sottoscritto

_____ ,
nato il _____, a _____ (Pr. _____),
informato dal presidente della commissione per gli accertamenti fisici (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 psico-fisici 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 essere stato esaustivamente informato dal presidente della commissione per gli accertamenti fisici (o dall'Ufficiale medico suo delegato _____) in tema di significato, finalità, benefici e potenziali rischi derivanti dall'esecuzione, qualora ritenuto necessario, di vaccini secondo moduli obbligatori previsti dal Decreto Ministeriale 31 marzo 2003 (e applicati secondo le indicazioni della Direttiva Tecnica del 14 febbraio 2008 e successive modifiche e integrazioni dell'Ispettorato Generale della Sanità Militare (già Direzione Generale della Sanità Militare), per i militari all'atto dell'incorporamento e periodicamente, a intervalli programmati o al bisogno, per conservare uno stato di immunizzazione efficace contro specifiche malattie infettive.

_____, _____
(luogo) (data)

(firma leggibile del dichiarante)

CERTIFICATO DEL MEDICO DI FIDUCIA

(Art. 9, co. 4, lett. a) del bando)

Intestazione studio medico di fiducia, di cui all'art. 25 della Legge 23 dicembre 1978 n. 833.

Cognome _____ nome _____,
 nato a _____ (____), il _____,
 residente a _____, (____),
 in via _____, n. _____,
 codice fiscale _____,
 documento d'identità: tipo _____, n. _____,
 rilasciato in data _____, da _____.

Sulla base dei dati anamnestici riferiti e di quelli in mio possesso, degli accertamenti eseguiti e dei dati obiettivi rilevati nel corso della visita medica da me effettuata, per quanto riguarda lo stato di salute del mio assistito sopra citato,

ATTESTO QUANTO SEGUE

(barrare con una X la casella d'interesse)

PATOLOGIE				SPECIFICARE
Manifestazioni emolitiche	In atto	Pregressa	NO	
Gravi intolleranze o idiosincrasie a farmaci e/o alimenti	In atto	Pregressa	NO	
Psichiatriche	In atto	Pregressa	NO	
Neurologiche	In atto	Pregressa	NO	
Apparato cardiocircolatorio	In atto	Pregressa	NO	
Apparato respiratorio	In atto	Pregressa	NO	
Apparato digerente	In atto	Pregressa	NO	
Apparato urogenitale	In atto	Pregressa	NO	
Apparato osteoartomuscolare	In atto	Pregressa	NO	
ORL, oftalmologiche	In atto	Pregressa	NO	
Sangue e organi emopoietici	In atto	Pregressa	NO	
Organi endocrini (tiroide, surreni, pancreas, ipofisi)	In atto	Pregressa	NO	
Diabete mellito	SI	///	NO	
Epilessia	SI	///	NO	
Uso di sostanze psicotrope e/o stupefacenti	In atto	Pregressa	NO	
Abuso di alcool	In atto	Pregressa	NO	

Note: _____

Rilascio il presente certificato, in carta libera, a richiesta dell'interessato per uso "arruolamento" nelle Forze Armate. Il presente certificato ha validità semestrale dalla data del rilascio.

(luogo)_____
(data)_____
Il medico

CENTRO DI SELEZIONE DI _____

DICHIARAZIONE ANAMNESTICA

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

Sei mai stato in Pronto Soccorso oppure ricoverato in ospedale? <i>(Se SI per cosa? _____)</i>	SI	NO
Hai mai avuto interventi chirurgici? <i>(Se SI di che tipo? _____)</i>	SI	NO
Hai mai avuto problemi allergici (rinite e/o congiuntivite allergica)? <i>(Se SI descrivi _____)</i>	SI	NO
Hai mai avuto reazioni allergiche a farmaci o alimenti? <i>(Se SI descrivi _____)</i>	SI	NO
Hai mai avuto fratture, traumi o lesioni articolari (lussazioni, lesioni capsula articolare e/o legamenti, ecc...)? <i>(Se SI descrivi _____)</i>	SI	NO
Hai o hai mai avuto malattie del sangue (anemia mediterranea, ecc...)? <i>(Se SI descrivi _____)</i>	SI	NO
Hai o hai mai avuto malattie dell'apparato respiratorio (asma bronchiale, pneumotorace, ecc...)? <i>(Se SI descrivi _____)</i>	SI	NO
Hai o hai mai avuto malattie neurologiche (epilessia, ecc..) e/o psichici? <i>(Se SI descrivi _____)</i>	SI	NO
Hai o hai mai avuto altre tipologie di malattia (apparato circolatorio, respiratorio, digerente, urogenitale, endocrino, mammella, cute, ecc...)? <i>(Se SI descrivi _____)</i>	SI	NO
Fai uso di farmaci regolarmente (antistaminico, antipertensivo, ecc...)? <i>(Se SI quali? _____)</i>	SI	NO
Hai mai fatto uso di sostanze stupefacenti e/o abuso di alcolici?	SI	NO
Sei stato mai sottoposto ad altre visite mediche selettive finalizzate a concorsi? <i>(Se SI quale concorso? Esito? _____)</i>	SI	NO

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 psico-psichica. Autorizza, altresì, la trattazione, per le finalità concorsuali, dei dati sensibili correlati ai suddetti accertamenti.

_____ li ____ / ____ / _____

Firma del dichiarante



CENTRO DI SELEZIONE E RECLUTAMENTO NAZIONALE DELL'ESERCITO

CONSENSO INFORMATO CIRCA L'ACCERTAMENTO PER SOSTANZE D'ABUSO

Il sottoscritto (COGNOME) _____ (NOME) _____
nato/a il _____ a _____ (____) e residente a
_____, in via _____ n. _____

consapevole delle responsabilità e pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni,

- apprende che tale accertamento è volto ad escludere l'assunzione delle seguenti sostanze psicotrope - AMFETAMINE, METANFETAMINA, COCAINA, OPIACEI, METADONE, MDMA, CANNABINOIDI (THC) - tramite raccolta di un campione di urine;
- apprende che l'esame suddetto verrà eseguito in maniera riservata sotto diretto controllo della figura sanitaria designata;
- conferma di aver consegnato il proprio campione di urine al responsabile della raccolta, potendo osservare che il medesimo è stato chiuso con apposito sigillo numero _____; (1)
- conferma che le informazioni contenute in questo modulo, sulle etichette dei contenitori e nella documentazione a corredo del campione biologico consegnato (*catena di custodia*), sono corrette;
- apprende che le quattro aliquote relative al contenitore quadripartito saranno destinate a:
 1. test iniziale di screening;
 2. eventuale conferma con metodo di gascromatografia-spettrometria di massa (GC-MS); *
 3. eventuale test di revisione o controanalisi; *
 4. riserva utilizzabile qualora il test rapido cromatografico utilizzato dia "ESITO INVALIDO".
- dichiara di aver assunto nell'ultima settimana i sottoelencati farmaci (2):

NOME _____ DAL _____ AL _____ POSOLOGIA _____
 NOME _____ DAL _____ AL _____ POSOLOGIA _____
 NOME _____ DAL _____ AL _____ POSOLOGIA _____
 NOME _____ DAL _____ AL _____ POSOLOGIA _____

Presa conoscenza di quanto sopra esposto, il sottoscritto

ACCONSENTE

NON ACCONSENTE

all'effettuazione dell'indagine volta alla verifica dell'assenza di sostanze d'abuso stupefacenti con le modalità descritte sopra.

Foligno (PG) _____ (3)

IDENTIFICATIVO DELLA PERSONA SOTTOPOSTA AD ACCERTAMENTO ANALITICO
_____ (4)

Firma del Candidato

(1) NON SCRIVERE! Da compilare presso il laboratorio analisi durante effettuazione del test

(2) Indicare negli spazi previsti tutti i medicinali assunti nei 15 giorni antecedenti l'esame, specificando:

- NOME: scrivere nome del farmaco assunto
- DAL: indicare primo giorno di assunzione
- AL: indicare ultimo giorno di assunzione (può coincidere col primo se assunzione di un singolo giorno)
- POSOLOGIA: indicare il numero delle somministrazioni giornaliere

(3) NON SCRIVERE! Da compilare presso il laboratorio analisi durante effettuazione del test

(4) Scrivere NUMERO BADGE assegnato il giorno della presentazione presso il Centro Selezione

*** I campioni 2 e 3 saranno custoditi a temperatura minima pari a - 20° C in attesa di esecuzione di test di conferma ovvero fino a quattro mesi dalla data di raccolta.**

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 DI FOLIGNO

DICHIARAZIONE RELATIVA ALL'APPLICAZIONE DI TATUAGGI

Io sottoscritto (Nome e Cognome) _____

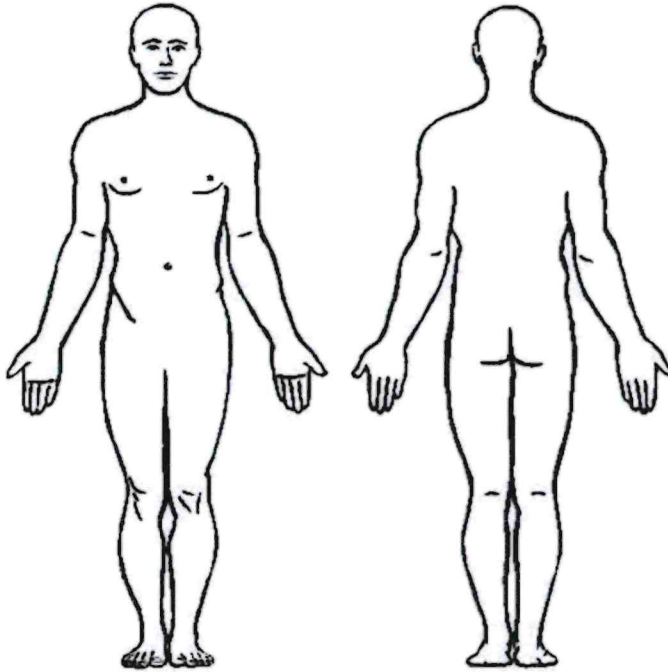
Luogo e data di nascita _____

DICHIARO DI:

AVERE

NON AVERE

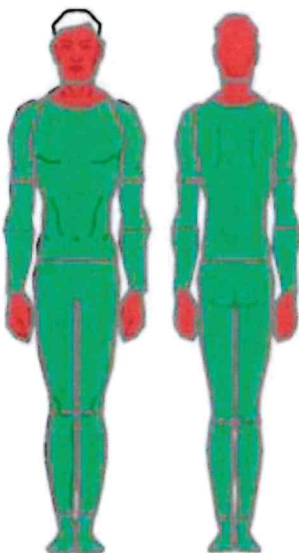
APPLICATI TATUAGGI



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) _____



Se sono presenti tatuaggi, anche in corso di rimozione, nelle zone colorate in rosso, il candidato verrà giudicato non idoneo.

Firma del dichiarante

li, _____

VADEMECUM DEL CONCORRENTE

1. CUSTODIA BENI PERSONALI I beni personali **non devono** essere lasciati incustoditi, l'A.D. non risponde dell'incuria del singolo Candidato che, con la presente si assume ogni responsabilità per la custodia degli stessi e contestualmente solleva l'A.D. da ogni responsabilità. Si consiglia di contenere i beni personale allo stretto necessario (documento d'identità, documenti previsti dal bando concorsuale).

Per quanto sopra, per i soli candidati che devono sostenere le prove fisiche, è ammesso portare al seguito uno zainetto/sacca di dimensioni contenute (**L 19; H 23; P40**) con all'interno una maglia di ricambio e salviette igieniche.

2. ATTIVITA' DI RICEZIONE E CONTROLLO DEI CANDIDATI

Ogni concorrente convocato presso il Centro di Selezione e Reclutamento Nazionale dell'Esercito per sostenere le prove di efficienza fisica, i test attitudinali e gli accertamenti sanitari, è accolto dal personale militare preposto ed accompagnato dallo stesso - all'interno della caserma - durante l'iter selettivo previsto dal bando concorsuale.

3. NORME PER LA VITA ALL'INTERNO DELLA CASERMA

Di seguito, si riportano le principali indicazioni alle quali il concorrente dovrà attenersi durante la permanenza presso il C.S.R.N.E.

Al concorrente è chiesto di:

- tenere un comportamento uniformato alla buona educazione e al rispetto della dignità altrui;
- rispettare l'ambiente, le infrastrutture dell'A.D.;
- custodire/riconsegnare i materiali messi a disposizione dall'A.D.;
- osservare quanto richiesto dal personale che, ad ogni buon conto, opera presso la struttura;
- rispettare le predisposizioni di sicurezza poste in atto;
- attenersi scrupolosamente agli orari indicati;
- non effettuare foto o riprese audio/video all'interno della caserma;
- **limitare l'uso di apparati ricetrasmittenti e telefonici esclusivamente nelle aree di attesa delle notifiche, depositando, analogamente a quanto avviene per gli Esami di Stato, i succitati apparati negli appositi armadietti durante le fasi attive della selezione;**
- non fumare nei luoghi ove è vietato, durante i movimenti evitando di gettare a terra i mozziconi di sigarette.

4. SERVIZI A DISPOSIZIONE DEL CANDIDATO

È possibile fruire della mensa della caserma a pagamento. Inoltre, nell'installazione sono presenti alcuni distributori automatici di *snack* e bevande funzionanti con moneta, che danno il resto.

5. INFORMAZIONI PER LA GESTIONE DELLE SITUAZIONI D'EMERGENZA

Al fine di fronteggiare le eventuali situazioni di emergenza, il concorrente deve:

- prendere visione delle piante dei locali dove staziona per individuare le vie di esodo e il punto di raccolta di zona;
- in assenza del militare addetto al gruppo, allertare il Corpo di guardia, che si trova all'ingresso principale, anche telefonando al numero di rete telefonica interna 0202 oppure al numero di telefono di rete commerciale 0742/350957 e fornire le informazioni circa il tipo di emergenza in atto (sanitaria, incendio, ecc.);
- in caso di terremoto, ripararsi immediatamente sotto tavoli o banchi. Evitare di stazionare presso finestre o porte a vetri. Non usare le scale fino a quando il fenomeno sismico non sia terminato;
- in caso di evacuazione dagli edifici, recarsi presso i punti di raccolta secondo le indicazioni del Capo gruppo e rimanervi a disposizione (punti di raccolta: piazzale dell'alzabandiera e centro degli impianti sportivi);
- fare comunque sempre riferimento al Capo gruppo deputato al controllo (in possesso dell'elenco del personale).

INDICARE: COGNOME _____ NOME _____

PROPRIO RECAPITO TELEFONICO/CELLULARE

Data _____

solo nel di caso di candidati minorenni

per accettazione
FIRMA DEL CANDIDATO

per presa visione
FIRMA DEL GENITORE/TUTORE