

\_\_\_\_\_

timbro lineare dell'Ente

**DICHIARAZIONE MEDICA (1)**

(da compilare in carta semplice)

(Art. 9, comma 4 let. b)

**SI DICHIARA**

che il \_\_\_\_\_ (2), nato a \_\_\_\_\_, provincia di \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, in servizio presso \_\_\_\_\_, risulta in possesso della idoneità al servizio militare incondizionato per concorrere alla nomina a Sottotenente in servizio permanente (3) nel ruolo speciale dell'Arma dei Trasporti e dei Materiali, del Corpo di Commissariato e del Corpo sanitario dell'Esercito, accertata sulla base dell'esito delle visite mediche periodiche annuali, eseguite nell'anno \_\_\_\_\_, ai sensi della direttiva recante "Il controllo dell'efficienza operativa del personale dell'Esercito Italiano" Edizione 2014 e successive varianti dello Stato Maggiore dell'Esercito.

\_\_\_\_\_,  
(località)

\_\_\_\_\_,  
(data)

(timbro tondo dell'Ente)

L'Ufficiale Medico  
Dirigente del Servizio Sanitario

\_\_\_\_\_

^^^^^^^^^^^^^^

**Note:**

- (1) la presente dichiarazione dovrà essere presentata dai concorrenti in servizio all'atto della convocazione per le prove di efficienza fisica di cui all'art. 8 del bando di concorso
- (2) indicare il grado, il ruolo, il cognome e il nome del concorrente;
- (3) il personale dichiarato inidoneo permanentemente al servizio militare incondizionato in modo parziale, ovvero inidoneo all'impiego nei teatri operativi e/o all'effettuazione delle prove di controllo dell'efficienza operativa previste nella direttiva n. SMD-FORM 003(B) edizione 2016 dello stato Maggiore della Difesa, non riunisce i requisiti necessari alla partecipazione al concorso. La patologia che ha determinato la permanente non idoneità in modo parziale al servizio militare incondizionato, a seguito di ferite o lesioni dipendenti da causa di servizio, non costituisce causa di esclusione.

**CERTIFICATO DEL MEDICO DI FIDUCIA**

(Art. 9, comma 5, lettera a)

(di cui all'art. 25 della legge 23.12.1978, n. 833)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Piazza/Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Documento d'identità: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

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 di interesse)

| PATOLOGIE   |         |            |    | SPECIFICARE |
|---|---------|------------|----|-------------|
| Manifestazioni emolitiche                             | In atto | Pregressa  | NO |             |
| Deficit di G6PDH favismo                              | In atto | Pregressa  | NO |             |
| Intolleranze od idiosincrasie a farmaci e/o alimenti. | In atto | Pregressa  | NO |             |
| Allergie a pollini o inalanti                         | 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 osteoarticolare                              | In atto | Pregressa  | NO |             |
| ORL, Oftalmologiche                                   | In atto | Pregressa  | NO |             |
| Ematologiche  | In atto | Pregressa  | NO |             |
| Endocrinologiche                                      | In atto | Pregressa  | NO |             |
| Diabete mellito                                       | In atto | Pregressa  | NO |             |
| Epilessia   | In atto | Pregressa  | NO |             |
| Uso di sostanze psicotrope e/o stupefacenti           | In atto | Pregressa  | NO |             |
| Abuso di alcool                                       | In atto | Pregressa  | NO |             |
| Interventi chirurgici                                 | In atto | Pregressa  | NO |             |
| Neoplasie   | In atto | Pregressa* | NO |             |
| Traumi e fratture                                     | In atto | Pregressa  | NO |             |
| Altre patologie                                       | In atto | Pregressa  | NO |             |

Terapie farmacologiche in atto: \_\_\_\_\_

Altre eventuali annotazioni: \_\_\_\_\_

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.

\*In ottemperanza a quanto previsto dall'art.4, c.1, della Legge 7 dicembre 2023, n.193 non devono essere fornite informazioni relative allo stato di salute concernenti patologie oncologiche da cui il candidato sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso senza episodi di recidiva, da più di dieci anni. Tale periodo è ridotto della metà nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Andranno comunque indicati eventuali esiti anatomico – funzionali degli organi/apparati interessati dalla patologia.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

(luogo)

(data)

Il medico di fiducia

(timbro con codice regionale firma)

Il candidato

(o di chi ne esercita la responsabilità genitoriale)

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO  
(Art. 10, comma 1)

.  
Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, a  
\_\_\_\_\_, prov. di \_\_\_\_\_, informato dal presidente della  
commissione per gli accertamenti psico-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 dal predetto ufficiale medico ed in ragione di ciò

ACCONSENTE/NON ACCONSENTE (1)

ad essere sottoposto agli accertamenti psico-fisici previsti nel protocollo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(luogo) (data)

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

NOTA: (1) cancellare la voce che non interessa

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E DI RESPONSABILIZZAZIONE  
(Art. 10, comma 3 lett. g)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Documento d'identità: n° \_\_\_\_\_  
rilasciato in data \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_  
eventuale Ente di appartenenza \_\_\_\_\_

DICHIARA

1. di essere stato portato a conoscenza del rischio connesso ad alcuni fattori che possono determinare l'insorgenza di crisi emolitiche (ad esempio legumi, con particolare riferimento a fave e piselli, vegetali, farmaci o sostanze chimiche);
2. di essere stato informato in maniera dettagliata e comprensibile dallo stesso Ufficiale medico in merito alle possibili manifestazioni clinico patologiche delle crisi emolitiche e alle speciali precauzioni previste ed adottate in riferimento all'accertata carenza parziale o totale di G6PD;
3. di sollevare l'Amministrazione della Difesa da ogni responsabilità derivante da non veritiere, incomplete o inesatte dichiarazioni inerenti al presente atto.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_

La presente dichiarazione è stata resa e sottoscritta nel corso degli accertamenti psicofisici eseguiti in data \_\_\_\_\_.

Luogo e data \_\_\_\_\_

L'Ufficiale medico

(timbro e firma)

\_\_\_\_\_

NOTA ESPLICATIVA:

- la presente dichiarazione è compilata a cura dell'Ufficiale medico che ha eseguito la visita;
- l'originale della medesima dichiarazione deve essere conservato nella documentazione personale dell'interessato;
- le copie della presente e del certificato rilasciato dal proprio medico di fiducia (Allegato C del bando), devono essere conservate negli archivi della struttura sanitaria e annotate nel Libretto Sanitario individuale o documento elettronico equivalente;
- il trattamento dei dati sensibili di cui sopra sarà effettuato nel rispetto del D.Lgs. 196/2003.

INFORMATIVA RIGUARDANTE LE INDAGINI RADIOLOGICHE

(Art. 10, comma 3 lett. i)

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.). Tuttavia, gli stessi risultano utili e, talora, 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.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

(art. 7, comma 6 del decreto legislativo 26 maggio 2000, n. 187)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_, dopo aver letto quanto sopra, reso edotto circa gli effetti biologici delle radiazioni ionizzanti, non avendo null'altro da chiedere, presta libero consenso ad essere sottoposto all'indagine radiologica richiesta, in quanto pienamente consapevole dei benefici e dei rischi connessi all'esame.

Il candidato

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(località) (data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

## 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**

Sono sancite dalla Direttiva n. 1039 "Norme per la vita e il servizio interno di caserma" Ed. 2024, dello Stato Maggiore dell'Esercito. 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**

E' possibile fruire della mensa di servizio a titolo oneroso e/o a titolo gratuito per i concorsi che lo prevedono. Inoltre, all'interno della caserma sono presenti alcuni distributori automatici di *snack* e bevande funzionanti con moneta.

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).

6. **UNIFORME**

I concorrenti militari devono indossare l'**uniforme di servizio**.

I concorrenti non in servizio devono indossare un **abbigliamento consono** (pantalone lungo/gonna-scarpa chiusa/ginnica) e **decoroso**.

INDICARE: COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

PROPRIO RECAPITO TELEFONICO/CELLULLARE

*per accettazione*  
FIRMA DEL CANDIDATO

solo nel di caso di candidati minorenni  
*per presa visione*  
FIRMA DEL GENITORE/TUTORE



# CENTRO DI SELEZIONE E RECLUTAMENTO NAZIONALE DELL'ESERCITO

Ufficio Selezione Psicofisiologica

## Dichiarazione relativa all'applicazione di tatuaggi

\_1\_ sottoscritto/a (Nome e Cognome) .....

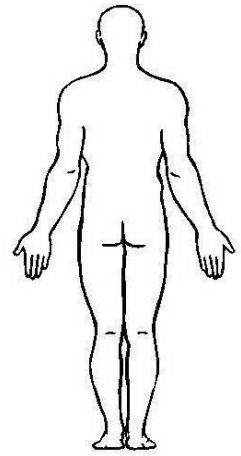
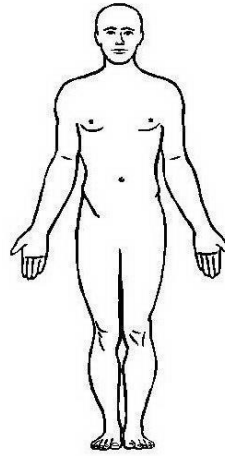
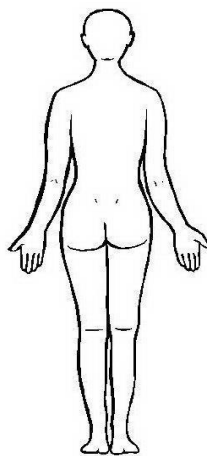
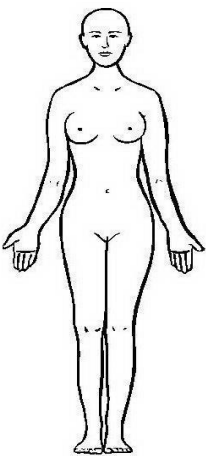
Luogo e data di nascita .....

### DICHIARO DI:

☐ **AVERE**

☐ **NON AVERE**

### APPLICATI TATUAGGI



Se è stata dichiarata l'applicazione \_1\_ candidato/a:

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

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Foligno, \_\_\_\_\_  
data

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile del concorrente)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(firme leggibili dei genitori o di chi esercita la  
potestà genitoriale sul concorrente minorenne)



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

Ufficio Selezione Psicofisiologica

**Dichiarazione di consenso informato all'effettuazione della B.I.A..**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Dichiara di essere stato reso consapevole che, nell'ambito degli accertamenti psicofisiologici svolti presso il Centro di Selezione e Reclutamento Nazionale dell'Esercito di Foligno, in data ed ora che verrà preventivamente comunicata, sarà sottoposto agli esami di "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 e intenso, nelle ultime 12 ore;
- fornire, a richiesta, ogni dato anamnestico utile all'esecuzione dell'esame.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del candidato