

## PROTOCOLLO DIAGNOSTICO

All'atto della presentazione per gli accertamenti psico-fisici al concorrente verrà chiesto di sottoscrivere la seguente dichiarazione di consenso informato.

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)

### DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO AL PROTOCOLLO VACCINALE

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 del protocollo vaccinale previsto dal decreto ministeriale del 31 marzo 2003 e dalla conseguente direttiva tecnica applicativa della Direzione Generale della Sanità Militare del 14 febbraio 2008, per i militari all'atto dell'incorporamento e, periodicamente, ad intervalli programmati, per conservare lo stato di immunizzazione, secondo lo schema sottoelencato:

- anti-tetano-difterite per via i.m. (richiamo ogni 10 anni);
- anti-morbillo-rosolia-parotite per via s.c.;
- anti-meningococcica tetravalente per via s.c. (richiamo ogni 3 anni);
- antitifoide orale (4 dosi a giorni alterni - richiamo ogni 2 anni);
- anti-epatite A (richiamo ogni 10 anni) ed epatite B (richiamo ogni 5 anni) per via i.m.;
- altre vaccinazioni per impieghi speciali (antipolio e IPV, anti-febbre gialla, altri vaccini),

### 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 interventi profilattici suindicati.

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

NOTA: (1) cancellare la voce che non interessa.