



Allegato 2

Ministero della Difesa

(ENTE/REPARTO DI ULTIMA APPARTENENZA)

ESTRATTO DELLA DOCUMENTAZIONE DI SERVIZIO PER IL CONCORSO A 650 ALLIEVI AGENTI DELLA POLIZIA DI STATO RISERVATO AI VFPI

GRADO, COGNOME E NOME	
LUOGO, DATA DI NASCITA E BLOCCO DI APPARTENENZA	
SERVIZIO	
TOTALE PERIODO DI SERVIZIO EFFETTIVAMENTE PRESTATO DA VFPI <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (N. GIORNI)	
- INCORPORATO QUALE VFPI IL	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> nella Forza Armata <input type="checkbox"/> EI <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> AM
- HA TERMINATO IL SERVIZIO QUALE VFPI IL	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
- INCORPORATO QUALE VFPI IN RAFFERMA IL	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> nella Forza Armata <input type="checkbox"/> EI <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> AM
- HA TERMINATO LA REFFERMA QUALE VFPI IL	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
PERIODO DI SERVIZIO SVOLTO DA VFPI	
Dal <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	al <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> ; _____ (incarico, spec.ne/categoria)
Dal <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	al <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> ; _____ (incarico, spec.ne/categoria)
Dal <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	al <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> ; _____ (incarico, spec.ne/categoria)
MISSIONI SUL TERRITORIO NAZIONALE E ALL'ESTERO DA VFPI	
Stato e nome della missione	
Dal <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	al <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Stato e nome della missione	
Dal <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	al <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
ULTIMA DOCUMENTAZIONE CARATTERISITICA QUALE VFPI	
<input type="checkbox"/> ECCELLENTE (o giudizio equivalente)	<input type="checkbox"/> SUPERIORE ALLA MEDIA (o giudizio equivalente)
<input type="checkbox"/> NELLA MEDIA (o giudizio equivalente)	<input type="checkbox"/> INFERIORE ALLA MEDIA (o giudizio equivalente)
RICONOSCIMENTI, RICOMPENSE E BENEMERENZE DA VFPI <i>(indicare la data di conseguimento)</i>	

FERITE RIPORTATE PER EFFETTO DI ATTI OSTILI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
SITUAZIONE DISCIPLINARE DA VFPI	
- CONSEGNA DI RIGORE	<input type="text"/> (totale giorni)
- CONSEGNA	<input type="text"/> (totale giorni)
- RIMPROVERO	<input type="text"/> (totale giorni)
TITOLO DI STUDIO	
- TIPO:	_____ Conseguito il <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
- VOTO / GIUDIZIO:	_____
LINGUE STRANIERE ACCERTATE SECONDO STANDARD NATO	
LINGUA _____	Livello : W R L S
LINGUA _____	Livello : W R L S
Patente militare <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No mod. <input type="text"/> data di conseguimento <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	

(località e data di rilascio)

(Timbro Ente)

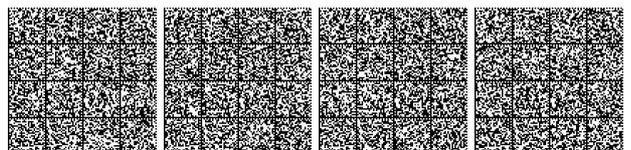
Il Comandante di Corpo



Per presa visione ed accettazione dei dati riportati nel presente estratto della documentazione di servizio.

Firma dell'interessato

Il presente attestato dovrà essere compilato ai sensi dell'art. 9 del bando di concorso, dovrà essere chiuso tassativamente alla data di scadenza di presentazione delle domande di concorso e contenere esclusivamente i dati relativi alla ferma prefissata di un anno (VFPI) ovvero alla rafferma annuale.



**Certificato anamnestico da compilare a cura del medico curante
di cui all'art. 25 della legge 23 dicembre 1978, n. 833**

Si certificano i seguenti dati anamnestici relativi a:

Cognome _____ Nome _____

nato/a _____ () il ____/____/____

residente in _____ ()

Via/Piazza _____ n. _____ Tel. _____

Tipo documento _____ Numero _____

Rilasciato da _____ in data _____

in relazione agli stati patologici presenti nel decreto ministeriale 30 giugno 2003, n. 198 e alle malattie di seguito elencate:

(barrare la voce interessata)

Sussistono patologie dell'apparato cardiocircolatorio -----NO SI

Se SI quali? _____

Sussiste diabete?-----NO SI

Sussistono patologie della tiroide/surreni/pancreas/ipofisi?-----NO SI

Se SI quali? _____

Sussistono turbe e/o patologie psichiche già note?-----NO SI

Se SI quali? _____

Soffre di patologie neurologiche?-----NO SI

Se SI quali? _____

Sussistono malattie del sangue? -----NO SI

Se SI quali? _____

Sussistono malattie dell'apparato urogenitale? -----NO SI

Se SI quali? _____

Altro _____

Elencare le altre malattie/infermità sofferte in passato dalla nascita ad oggi (malattie, interventi chirurgici, allergie, lesioni, traumi, fratture, ricoveri ospedalieri, etc) presenti nel decreto ministeriale 30 giugno 2003, n. 198:

Il sottoscritto afferma di aver fornito al proprio medico dichiarazione veritiera in merito ai dati anamnestici di cui sopra, conscio delle sanzioni a cui va incontro in caso di infedele dichiarazione.

Firma dell'interessato

**Firma del Medico di fiducia e codice regionale
(Nome e Cognome in stampatello o timbro)**

Luogo e data, _____

