

Allegato "D"
(art. 10, comma 6 del bando)

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 leggibile)

INFORMAZIONE SUI PROTOCOLLI VACCINALI PREVISTI PER IL PERSONALE MILITARE

Il sottoscritto _____, nato il ___/___/____, a _____, provincia di _____, informato dal presidente della commissione per gli accertamenti psicofisici (o dall'Ufficiale medico suo delegato _____) in tema di significato, finalità e potenziali conseguenze derivanti dall'esecuzione degli accertamenti indicati nel protocollo vaccinale previsto dal Decreto Ministeriale 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, a intervalli programmati ed in base alle esigenze operative, secondo il seguente schema:

- cutireazione TBC o, in alternativa, test immunologico su campione ematico per TBC;
- anti-tetano, difterite ed anti-polio;
- anti-morbillo, parotite e rosolia;
- anti-meningococcica;
- anti-epatite A+B;
- anti-varicella;
- altre vaccinazioni/misure di profilassi previste per impieghi speciali ovvero per specifiche contingenze epidemiologiche individuate dalle competenti autorità sanitarie,

DICHIARA

di aver ben compreso le informazioni ricevute dal predetto Ufficiale medico e in ragione di ciò

ACCONSENTE/NON ACCONSENTE

ad essere sottoposto/a alle vaccinazioni/misure di profilassi sopra indicate.

_____, _____, _____
(luogo) (data) (firma leggibile)

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

