

ALLEGATO F

(art. 12 del bando)

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Il/La sottoscritto _____ nato/a il
____/____/____, a _____, Prov. di _____, informato/a 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 dell'esame radiografico:

DICHIARA

(art. 169 del Decreto Legislativo 31 luglio 2020, n. 101)

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 all'esame di cui sopra.

(luogo)_____
(data)_____
(firma)

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

