

ALLEGATO C

PROTOCOLLO DIAGNOSTICO
(art. 10, comma 4 del bando)

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)

MODELLO DI DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELLE
VACCINAZIONI E MISURE DI PROFILASSI INFETTIVOLOGICHE

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 indicati nel 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 (e successive modifiche ed integrazioni), per i militari all'atto dell'incorporamento e, periodicamente, ad 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 ed in ragione di ciò

ACCONSENTE/NON ACCONSENTE (1)

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

_____, _____
(luogo) (data)

(firma)

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

