

Allegato A
(art. 5, comma 2, del bando)

ATTO DI ASSENSO
PER L'ARRUOLAMENTO VOLONTARIO DI UN MINORE (1)

I/Il sottoscritti/o _____ (2), in
qualità di _____ (3), del
minore _____ (4),
acconsentono (acconsente) che egli/ella, quale partecipante al concorso, per titoli ed esami, per
l'ammissione al 16° corso Allievi Ufficiali Piloti di Complemento della Marina Militare - 17° corso
Allievi Ufficiali in Ferma Prefissata della Marina Militare (5), possa essere sottoposto/a agli
accertamenti psico-fisici ed attitudinali previsti dagli artt. 11 e 12 del bando e contragga, in caso di
ammissione al corso, la ferma volontaria di dodici anni - trenta mesi (5) nella Marina Militare.

In allegato fotocopia del documento di identità (6).

_____, _____
(località) (data)

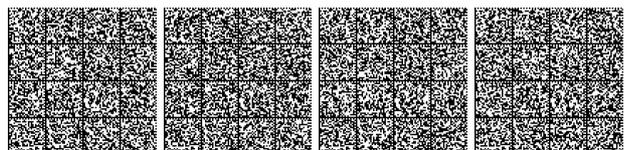
I/IL DICHIARANTI/E (7)

(firma per esteso, cognome e nome leggibili)

^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^

NOTE:

- (1) da produrre in formato PDF o JPEG e allegare alla domanda on-line di partecipazione al concorso;
- (2) cognome, nome e data di nascita dei/del dichiaranti/e;
- (3) genitori o genitore esercente potestà o tutore;
- (4) cognome, nome e data di nascita del concorrente minorenni;
- (5) cancellare il corso che non interessa.
- (6) allegare copia per immagini (file in formato PDF o JPEG) non autenticata del documento di identità dei/del dichiaranti/e;
- (7) firme/a dei/del dichiaranti/e.



Allegato "B"
(art. 11, comma 2, lettera f) del bando)

CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE

(Intestazione dello studio medico di fiducia di cui all'art. 25 della legge 23.12.1978, n. 833)

Cognome _____ Nome _____ ,
nato a _____ () il _____
residente a _____ () in Piazza/Via _____ n. _____
Codice Fiscale _____ Documento d'identità: _____
n° _____ rilasciato da _____ in data _____

Sulla base dei dati anamnestici riferiti e di quelli in mio possesso, degli accertamenti eseguiti e dei dati obiettivi rilevati nel corso della visita medica da me effettuata, per quanto riguarda lo stato di salute del mio assistito sopra citato,

ATTESTO QUANTO SEGUE (1)

PATOLOGIE	SPECIFICARE		
Manifestazioni emolitiche	In atto	Pregressa	NO
Gravi intolleranze o idiosincrasie a farmaci e/o alimenti	In atto	Pregressa	NO
Psichiatriche	In atto	Pregressa	NO
Neurologiche	In atto	Pregressa	NO
Apparato cardiocircolatorio	In atto	Pregressa	NO
Apparato respiratorio	In atto	Pregressa	NO
Apparato digerente	In atto	Pregressa	NO
Apparato urogenitale	In atto	Pregressa	NO
Apparato osteoartromuscolare	In atto	Pregressa	NO
ORL, Oftalmologiche	In atto	Pregressa	NO
Sangue ed organi emopoietici	In atto	Pregressa	NO
Organi endocrini (tiroide, surreni, pancreas, ipofisi)	In atto	Pregressa	NO
Diabete mellito	SI	//	NO
Epilessia	SI	//	NO
Uso di sostanze psicotrope e/o stupefacenti	In atto	Pregressa	NO
Abuso di alcool	In atto	Pregressa	NO



Segue Allegato "B"

EVENTUALI ANNOTAZIONI:

Rilascio il presente certificato, in carta libera, a richiesta dell'interessato per uso "arruolamento nelle Forze Armate".

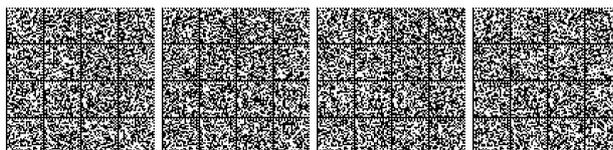
Il presente certificato ha validità semestrale dalla data del rilascio.

Il medico di fiducia

_____, li _____
(luogo del rilascio) (data del rilascio)

(timbro con codice regionale e firma)

NOTA: (1) barrare la voce che interessa e, in caso di patologia in atto o pregressa, specificare la diagnosi.



Allegato "C"
(art. 11, comma 5, lettera c), numero 10) del bando)

INFORMATIVA RIGUARDANTE LE INDAGINI RADIOLOGICHE

Gli esami radiologici, utilizzando radiazioni ionizzanti (dette comunemente raggi x), sono potenzialmente dannosi per l'organismo (ad esempio: per il sangue, per gli organi ad alto ricambio cellulare, ecc.). Tuttavia, gli stessi risultano utili e, talora, indispensabili per l'accertamento e la valutazione di eventuali patologie, in atto o pregresse, non altrimenti osservabili né valutabili con diverse metodiche o visite specialistiche.

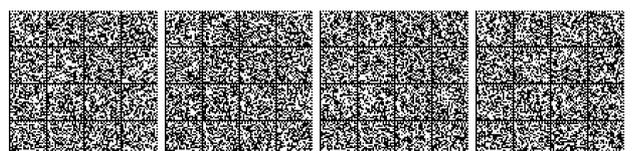
DICHIARAZIONE DI CONSENSO (art. 5, comma 6 del decreto legislativo 26 maggio 2000, n. 187)

Il sottoscritto _____, nato a _____ (____), il _____, dopo aver letto quanto sopra, reso edotto circa gli effetti biologici delle radiazioni ionizzanti, non avendo null'altro da chiedere, presta libero consenso ad essere sottoposto all'indagine radiologica richiesta, in quanto pienamente consapevole dei benefici e dei rischi connessi all'esame.

Il candidato

_____, _____
(località) (data)

(firma)



Allegato "D"
(art. 11, 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)

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

INFORMAZIONE SUI PROTOCOLLI VACCINALI PREVISTI PER IL PERSONALE MILITARE

Il sottoscritto _____, nato il ___/___/____, a _____, provincia di _____, dichiara di essere stato esaurientemente informato dal presidente della commissione per gli accertamenti psicofisici (o dall'Ufficiale medico suo delegato _____) in tema di significato, finalità, benefici e potenziali rischi derivanti dall'esecuzione, qualora ritenuto necessario, di vaccini secondo moduli obbligatori previsti dal Decreto Ministeriale 31 marzo 2003 (ed applicati secondo le indicazioni della Direttiva Tecnica del 14 febbraio 2008 e successive modifiche e integrazioni della Direzione Generale della Sanità Militare), per i militari all'atto dell'incorporamento e periodicamente, a intervalli programmati o al bisogno, per conservare uno stato di immunizzazione efficace contro specifiche malattie infettive.

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



Allegato "E"
(art. 11, comma 9, lettera b), del bando)

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E DI RESPONSABILIZZAZIONE

Il sottoscritto _____
nato a _____ () il _____
residente a _____ in via _____
Codice fiscale _____
Documento d'identità: n° _____
rilasciato in data _____ da _____
eventuale Ente di appartenenza _____

DICHIARA

1. di essere stato portato a conoscenza del rischio connesso ad alcuni fattori che possono determinare l'insorgenza di crisi emolitiche (ad esempio legumi, con particolare riferimento a fave e piselli, vegetali, farmaci o sostanze chimiche);
2. di essere stato informato in maniera dettagliata e comprensibile dallo stesso Ufficiale medico in merito alle possibili manifestazioni clinico patologiche delle crisi emolitiche e alle speciali precauzioni previste ed adottate in riferimento all'accertata carenza parziale o totale di G6PD;
3. di sollevare l'Amministrazione della Difesa da ogni responsabilità derivante da non veritiere, incomplete o inesatte dichiarazioni inerenti al presente atto.

Luogo e data _____

Firma del dichiarante

La presente dichiarazione è stata resa e sottoscritta nel corso degli accertamenti psicofisici eseguiti in data _____.

Luogo e data _____

L'Ufficiale medico

(timbro e firma)

