

Allegato D

CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE
(Art. 8, comma 4 del bando di concorso)

Intestazione studio medico di fiducia, di cui all'art. 25 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Cognome _____ nome _____,
nato a _____ (____), il _____,
residente a _____ (____), in via _____, n. _____,
n. di iscrizione al SSN _____,
codice fiscale _____,
documento d'identità:
tipo _____, n. _____,
rilasciato in data _____, da _____.

Il soggetto, sulla base dei dati anamnestici riferiti, dei dati in possesso, degli accertamenti eseguiti e dei dati clinico-obiettivi rilevati nel corso della visita medica da me effettuata, è in stato di buona salute e risulta:

☐ SI ☐ NO (1) aver avuto manifestazioni emolitiche, gravi manifestazioni immunoallergiche, gravi intolleranze e idiosincrasie a farmaci o alimenti (2).

Note:

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.

_____, _____
(luogo) (data)

Il medico

(timbro e firma)

NOTA:

- (1) barrare con una X la casella d'interesse;
- (2) depennare eventualmente le voci che non interessano.



Allegato E

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E DI RESPONSABILIZZAZIONE
(Art. 8, comma 9 del bando di concorso)

Il sottoscritto _____
nato a _____ () il _____
residente a _____ in via _____
codice fiscale _____
documento d'identità: tipo e n. _____
rilasciato in data _____ da _____
eventuale Ente di appartenenza _____

DICHIARA

1. di essere stato portato a conoscenza dall'Ufficiale medico 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 e 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 psico-fisici eseguiti in
data _____.

Luogo e data _____

L'Ufficiale medico

(timbro e firma)