

ALLEGATO D

**PROTOCOLLO DIAGNOSTICO**  
(art. 10, comma 5 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 Interministeriale 16 maggio 2018 – Direttiva tecnica in materia di protocolli vaccinali per la somministrazione di profilassi vaccinali al personale militare, per i militari all'atto dell'incorporamento e, periodicamente, ad intervalli programmati ed in base alle esigenze operative, secondo il seguente schema:

- cutireazione 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.

