

ALLEGATO 5**MODALITA' DI SVOLGIMENTO DEGLI ACCERTAMENTI SANITARI**

I concorrenti sottoposti agli accertamenti sanitari presso l'Istituto Medico Legale di Roma, in ottemperanza alla vigente normativa in materia, dovranno rilasciare formale dichiarazione di consenso informato all'esecuzione degli accertamenti psico-fisici necessari alla valutazione dell'idoneità alla navigazione aerea quale pilota.

MODELLO DI DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____), il ____/____/____, informato/a
dall'Istituto Medico Legale di Roma, in tema di significato, finalità e potenziali conseguenze derivanti dall'esecuzione degli accertamenti diagnostici previsti nel protocollo di seguito in elenco:

PROTOCOLLO DIAGNOSTICO:

1. esame obiettivo generale con valutazione antropometrica (altezza, peso, perimetro toracico e addominale, indice di massa corporea, valutazione morfo-funzionale degli arti, distanza vertice-glutei e glutei ginocchia, distanza di presa funzionale);
2. visita cardiologica: esame obiettivo cardiologica, ecg di base;
3. visita oculistica: valutazione della funzionalità visiva, nel senso cromatico, della visione binoculare, del senso stereoscopico, esame del segmento anteriore, esame della motilità oculare;
4. visita otorinolaringoiatrica: rinoscopia, otoscopia, faringoscopia, controllo apparato masticatorio, audiometria, timpanogramma, valutazione della funzione vestibolare, test foniatrici;
5. visita neurologica: esame obiettivo neurologico;
6. visita psichiatrica: con colloquio, test psico clinici e prove strumentali;
7. visita ginecologica: esame obiettivo ginecologico;
8. analisi del sangue comprendenti: emocromo con formula, VES, glicemia, creatininemia, ALT –AST- GGT, bilirubina totale e frazionata, colesterolemia totale, trigliceridemia e HbsAg, HbsAb, HCV, esame delle urine, test di gravidanza per il solo personale femminile (eventuale);
9. ricerca dei cataboliti urinari delle sostanze stupefacenti e delle sostanze psicotrope a scopo non terapeutico;
10. ogni ulteriore indagine ritenuta utile per consentire adeguata valutazione clinica e medico legale del concorrente,

DICHIARA

di aver ben compreso quanto gli/le è stato spiegato e in ragione di ciò,

ACCONSENTE/NON ACCONSENTE

ad essere sottoposto/a agli accertamenti in precedenza elencati.

Roma, _____

firma del candidato

