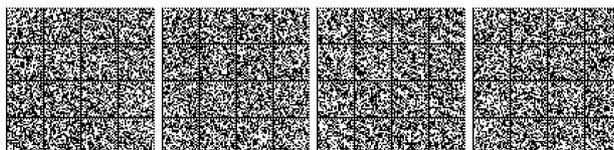


**AVVERTENZE GENERALI**

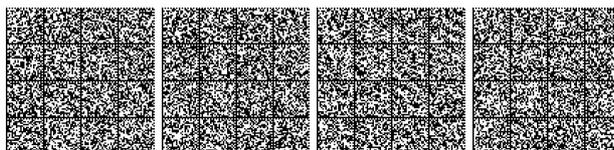
Ogni ulteriore informazione relativa al concorso potrà essere acquisita:

- 1) consultando il portale dei concorsi on-line del Ministero della Difesa e il sito internet del Ministero della Difesa;
- 2) direttamente o telefonicamente presso la Sezione relazioni con il pubblico della Direzione Generale per il Personale Militare, Viale dell'Esercito n. 186 – 00143 Roma – telefono 06517051012 nei giorni e negli orari sotto indicati:
  - dal lunedì al venerdì: dalle 09.00 alle 12.30;
  - dal lunedì al giovedì: dalle 14.45 alle 16.00.



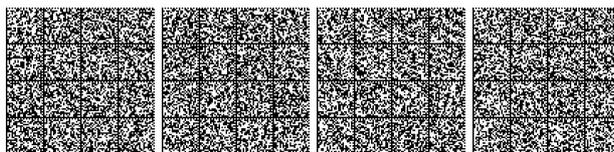
ELENCO DELLE FEDERAZIONI SPORTIVE NAZIONALI  
(Art. 2, comma 2 del bando di concorso)

DISCIPLINA SPORTIVA	FEDERAZIONE
Atletica leggera	FIDAL Federazione Italiana Atletica Leggera
Canoa Kayak	FICK Federazione Italiana Canoa Kayak
Ginnastica Ritmica / Artistica	FGI Federazione Ginnastica d'Italia
Scherma	FIS Federazione Italiana Scherma
Snowboard	FISI Federazione Italiana Sport Invernali
Sci alpino	FISI Federazione Italiana Sport Invernali
Tiro al volo	FITAV Federazione Italiana Tiro al Volo
Tiro con l'arco	FITARCO Federazione Italiana Tiro con l'Arco

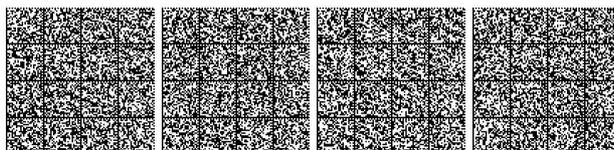


## TITOLI DI MERITO:

- 1) medaglia ai giochi olimpici: ..... fino a punti 30;
- 2) record olimpico: ..... punti 30;
- 3) medaglia ai campionati mondiali: ..... fino a punti 25;
- 4) record mondiale: ..... punti 25;
- 5) vincitore coppa del mondo: ..... punti 20;
- 6) medaglia ai campionati europei: ..... fino a punti 15;
- 7) record europeo: ..... punti 15;
- 8) vincitore coppa europea: ..... punti 12;
- 9) medaglia ai campionati italiani: ..... fino a punti 12;
- 10) record italiano: ..... punti 12;
- 11) vincitore coppa italiana assoluto: ..... punti 10;
- 12) medaglia alle Universiadi, ai giochi del Mediterraneo o in competizioni analoghe: ..... fino a punti 10;
- 13) vincitore di campionato di categoria: ..... fino a punti 7;
- 14) campionati/trofei/manifestazioni di particolare rilevanza internazionale: ..... fino a punti 3;
- 15) campionati/trofei/manifestazioni di particolare rilevanza nazionale: ..... fino a punti 1,5;
- 16) vincitore campionato mondiale C.I.S.M. (Consiglio Internazionale dello Sport Militare): . fino a punti 3;
- 17) vincitore campionato regionale C.I.S.M.: ..... fino a punti 1,5;
- 18) aver prestato o prestare servizio in qualità di atleta presso il Centro sportivo dell'Aeronautica Militare (sulla base dei risultati conseguiti): ..... fino a punti 15;
- 19) aver partecipato ai giochi olimpici, mondiali ed europei a livello assoluto (sulla base dei risultati conseguiti): ..... fino a punti 15 (non cumulabili con i punteggi assegnati per eventuali medaglie vinte);
- 20) essere in possesso della qualifica di atleta di interesse nazionale rilasciata dalla competente Federazione sportiva nazionale: ..... punti 15;
- 21) laurea con corso di studi di 3 anni: ..... punti 3 (non cumulabili con i punteggi assegnati per la laurea magistrale e/o il diploma di istruzione secondaria di secondo grado);



- 22) laurea magistrale con corso di studi di 5 anni: ..... punti 5  
(non cumulabili con i punteggi assegnati per la laurea triennale e/o il diploma di istruzione secondaria di secondo grado);
- 23) master universitario o parificato riconosciuto di II livello: ..... punti 4;
- 24) master universitario o parificato riconosciuto di I livello: ..... punti 3;
- 25) abilitazione all'esercizio della professione di tecnico sportivo o di fisioterapista: ..... punti 2;
- 26) corso di specializzazione post laurea: ..... punti 2;
- 27) diploma di istruzione secondaria di secondo grado (ex scuola media superiore): ..... punti 2  
(non cumulabili con i punteggi assegnati per la laurea triennale e/o la laurea magistrale);
- 28) attestato di tecnico specialista sportivo:..... punti 1.



**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.



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)

\_\_\_\_\_

