

### PROTOCOLLO DIAGNOSTICO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a  
il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_,  
prov. \_\_\_\_\_, informato/a 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/le è stato spiegato dall'ufficiale medico predetto ed in ragione di ciò

ACCONSENTE/NON ACCONSENTE <sup>(1)</sup>

ad essere sottoposto/a agli accertamenti psico-fisici previsti nel protocollo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(località) (data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

### DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO AL PROTOCOLLO VACCINALE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a  
il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_,  
prov. \_\_\_\_\_, informato/a 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 del protocollo vaccinale  
previsto dal decreto ministeriale 19 febbraio 1997 per i militari all'atto dell'incorporamento e  
periodicamente, ad intervalli programmati, per conservare lo stato di immunizzazione, secondo lo  
schema di seguito in elenco:

- anti-tetano-difterite per via i.m. (richiamo ogni 10 anni);
- anti-morbillo-rosolia-parotite per via s.c.;
- anti-meningococcica tetravalente per via s.c. (richiamo ogni 3 anni);
- antitifoide orale (4 dosi a giorni alterni - richiamo ogni 2 anni);
- anti-epatite A (richiamo ogni 10 anni) ed epatite B (richiamo ogni 5 anni) per via i.m.;
- altre vaccinazioni per impieghi speciali (antipolio e IPV, anti-febbre gialla, altri vaccini),

#### DICHIARA

di aver ben compreso quanto gli/le è stato spiegato dall'ufficiale medico predetto in merito al presente  
protocollo diagnostico ed in ragione di ciò

ACCONSENTE/NON ACCONSENTE <sup>(1)</sup>

ad essere sottoposto/a agli interventi profilattici su esposti.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(località) (data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

^^^^^^^^^^

NOTA:

(1) depennare la voce che non interessa.