

**PROTOCOLLO DIAGNOSTICO**  
(articolo 10, comma 3 del bando)

All'atto della presentazione per gli accertamenti sanitari al concorrente verrà richiesto di sottoscrivere la seguente dichiarazione di consenso informato.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_, provincia di \_\_\_\_\_, informato/a dal presidente della commissione per gli accertamenti sanitari (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 sanitari previsti nel protocollo.

\_\_\_\_\_,  
(località)

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

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

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO AL PROTOCOLLO VACCINALE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, a \_\_\_\_\_, provincia di \_\_\_\_\_, informato dal presidente della commissione per gli accertamenti sanitari (o dall'ufficiale medico suo delegato \_\_\_\_\_) in tema di significato, finalità e potenziali conseguenze derivanti dall'esecuzione del protocollo vaccinale previsto dal D.M. 19 febbraio 1997 per i militari all'atto dell'incorporamento e periodicamente, ad intervalli programmati, per conservare lo stato di immunizzazione, secondo lo schema sottoelencato:

- 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 eIPV, anti-febbre gialla, altri vaccini),

**DICHIARA**

di aver ben compreso quanto gli/le è stato spiegato dal predetto ufficiale medico ed in ragione di ciò

**ACCONSENTE/NON ACCONSENTE (1)**

ad essere sottoposto/a agli interventi profilattici suindicati.

\_\_\_\_\_,  
(località)

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

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

**NOTA:**

(1) cancellare la voce che non interessa.