

**PROTOCOLLO DIAGNOSTICO**

All'atto della presentazione per gli accertamenti psico-fisici al concorrente verrà richiesto di sottoscrivere la seguente dichiarazione di consenso informato:

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_/\_\_/\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_, Prov. di \_\_\_\_\_, 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**

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. di \_\_\_\_\_, 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 del 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 ed in ragione di ciò

**ACCONSENTE/NON ACCONSENTE**

ad essere sottoposto/a agli interventi profilattici su esposti.

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