Allegato D

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 intramuscolare (richiamo ogni 10 anni);
– anti–morbillo–rosolia–parotite per via sottocutanea;
– anti–meningococcica tetravalente per via sottocutanea (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 intramuscolare;
– 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)