

## 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)

\_\_\_\_\_  
(firme dei genitori o del genitore esercente l'esclusiva potestà o del tutore solo per i concorrenti minorenni)

## 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 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 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 eIPV, 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 del concorrente)

\_\_\_\_\_  
(firme dei genitori o del genitore esercente l'esclusiva potestà o del tutore solo per i concorrenti minorenni)