

**DICHIARAZIONE DI RICEVUTA
INFORMAZIONE E DI RESPONSABILIZZAZIONE**

Il sottoscritto _____
nato a _____ (____) il _____
residente a _____ (____) in Via _____ n. _____
Codice Fiscale _____
Documento d'identità: _____ n. _____
rilasciato in data _____ da _____
Ente di appartenenza _____

DICHIARA

1. di aver fornito all'ufficiale medico che ha eseguito la visita elementi informativi veritieri e completi in merito al proprio stato di salute attuale e pregresso, con particolare riguardo al deficit di G6PD-favismo, a crisi emolitiche e a ricoveri ospedalieri;
2. di essere stato portato a conoscenza del rischio connesso ad alcuni fattori che possono determinare l'insorgenza di crisi emolitiche (*ad esempio legumi, con particolare riferimento a fave e piselli, vegetali, farmaci o sostanze chimiche*);
3. di essere stato informato in maniera adeguata e comprensibile dallo stesso ufficiale medico in merito alle possibili manifestazioni patologiche delle crisi emolitiche;
4. di sollevare l'Amministrazione della Difesa da ogni responsabilità derivante da non veritiere, incomplete o inesatte dichiarazioni inerenti al presente atto.

Luogo e data, _____

Firma del dichiarante

La presente dichiarazione è stata resa e sottoscritta nel corso della visita medica eseguita in:

Luogo e data, _____

L'UFFICIALE MEDICO

(timbro e firma)

Note

1. La dichiarazione di ricevuta informazione è predisposta dal Centro di selezione e dall'Ente di appartenenza del militare e compilata a cura dell'Ufficiale medico che ha eseguito la visita.
2. Gli originali delle dichiarazioni devono essere conservati nella documentazione personale dell'interessato.
3. Le copie delle dichiarazioni di ricevuta informazione, unitamente a copia del certificato di stato di buona salute, devono essere conservate negli archivi della struttura sanitaria ed annotate nel libretto sanitario individuale o documento elettronico equivalente.
4. Il trattamento dei dati sensibili di cui sopra sarà effettuato nel rispetto del D. L.vo 196/2003