

**PROTOCOLLO DIAGNOSTICO**  
(art. 60 del bando)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, a \_\_\_\_\_, provincia di \_\_\_\_\_, informato/a dal presidente della commissione per gli accertamenti psicofisici (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 dall'Ufficiale medico predetto e in ragione di ciò

**ACCONSENTE/NON ACCONSENTE**

a essere sottoposto/a agli accertamenti psicofisici previsti nel protocollo.

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

Il dichiarante

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile del concorrente)

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO AL PROTOCOLLO VACCINALE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, a \_\_\_\_\_, provincia di \_\_\_\_\_, informato dal presidente della commissione per gli accertamenti psicofisici (o dall'Ufficiale medico suo delegato \_\_\_\_\_) in tema di significato, finalità e potenziali conseguenze derivanti dall'esecuzione del protocollo vaccinale previsto dal decreto ministeriale 31 marzo 2003 e dalla conseguente direttiva tecnica applicativa della Direzione Generale della Sanità Militare del 14 febbraio 2008 per i militari all'atto dell'incorporamento e periodicamente, a 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 è stato spiegato dall'Ufficiale medico predetto e in ragione di ciò

**ACCONSENTE/NON ACCONSENTE**

a essere sottoposto/a agli interventi profilattici su esposti.

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

Il dichiarante

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile del concorrente)