

SCUOLA SOTTUFFICIALI M.M.
LA MADDALENA

Servizio Sanitario

Notizie anamnestiche da compilare a cura dell'interessato

Il/La

sottoscritto/a, _____
(Grado, categoria, cognome e Nome)

nato/a a _____ () il ___/___/___

residente in _____ ()

Via/Piazza _____

C.F. _____ arruolato il: ___/___/___

Questionario sanitario per Nulla osta alla frequenza residenziale

Dalle ultime visite effettuate presso Struttura Sanitaria Militare sono emerse le seguenti patologie:

-Soffre di patologie dell'apparato cardio-circolatorio (es.: pressione alta; pregresso infarto; angina; aneurisma; aritmie)?

Se sì, indicare quali: _____

-Soffre o ha mai sofferto di patologie dell'apparato respiratorio (es.: pleurite; polmonite; asma; TBC)?

Se sì, indicare quali: _____

-Soffre di patologie endocrine (es.: della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi, ecc.)?

Se sì, indicare quali: _____

-Soffre o ha mai sofferto di malattie neurologiche (es.: m. di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, ecc.)?

Se sì, specificare quali: _____

-Soffre di epilessia o ha mai manifestato crisi epilettiche o convulsioni?

Se sì, specificare la data dell'ultimo episodio _____ e la terapia seguita _____

-Soffre o ha mai sofferto di *turbe o patologie psichiche* (es. ansia, depressione, allucinazioni, ecc.)?

Se sì, indicare quali: _____

-Soffre di patologie a carico del sistema gastrointestinale (es.: ernie, epatite, ulcera, coliti, emorroidi)?

Se sì, indicare quali: _____

-Soffre o ha mai sofferto di *malattie a carico dell'apparato locomotore* (Es.: fratture, lussazioni, strappi

muscolari)? *Se sì, specificare quali:* _____

-Soffre di malattie del sangue o del sistema linfatico (Es.: anemia, anomalie dei globuli bianchi)?

Se sì, indicare quali: _____

	SI	NO
-Soffre di malattie dell'apparato uro-genitale (Es.: insufficienza renale cronica, calcolosi, malattie dei testicoli)? Se sì, indicare quali: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ha mai sviluppato allergie (Es.: alimentari, farmacologiche)? Se sì, indicare quali: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ha mai subito interventi chirurgici (Es.: tonsillectomia, appendicectomia, ernie, ecc.)? Se sì, specificare quali _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-È mai stato sottoposto ad accertamenti diagnostici particolari (Es.: endoscopie, ecografie, TC, RMN)? Se sì, per quale sospetto diagnostico? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Fa uso di occhiali e/o lenti a contatto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ha subito interventi per la correzione di difetti del virus? Se sì, quale? Lasik <input type="checkbox"/> PRK <input type="checkbox"/> Lenti Intraoculari <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Fa uso abituale di farmaci? Se sì, indicare quali: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ha accertamenti sanitari in corso o programmati in questa o un'altra struttura militare o civile? Se sì, indicare quali: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-È mai stato giudicato temporaneamente non idoneo o ricevuto provvedimento medico legale di destinazione a terra? Se sì, per quale infermità _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ha infermità/lesioni riconosciute, o in corso di valutazione, per la dipendenza da causa di servizio? Se sì, quale infermità/lesione _____ P.V. n° _____ in data _____ C.M.O. di _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consapevole delle sanzioni penali previste per il rilascio di dichiarazioni mendace e di falsità in atti, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n° 445 del 28 dicembre 2000, e consapevole dei doveri di cui al libro IV, Titolo VIII, Capo I (doveri dei militari), Sezione I (doveri generali), del D.P.R. n° 90 del 15 marzo 2010 "Testo Unico delle disposizioni regolamentari in materia di Ordinamento Militare", con particolare riferimento all'art. 748, comma 5, lettera b. (dovere di comunicare al Comando/ente di appartenenza ogni evento personale che può avere riflessi sul servizio)

DICHIARO

Sotto la mia piena responsabilità che quanto sopra riportato risponde a verità e nego di essere a conoscenza di altre patologie pregresse o in atto, oltre a quelle dichiarate.

la Maddalena, li _____

Firma _____

Il/la sottoscritto/a _____
(grado) (cognome e nome)

nato/a a _____ il _____

in relazione alle misure di contenimento della diffusione di COVID-19, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- di non accusare, né aver accusato nei 14 giorni antecedenti la presentazione, sintomi correlabili all'infezione da SARS-CoV-2;
- di non avere avuto contatti stretti con soggetti positivi per SARS-CoV-2 nei 14 giorni precedenti;
- di non essere, allo stato attuale, oggetto di quarantena o di isolamento domiciliare fiduciario;
- di non essere, allo stato attuale, in attesa di esito di tampone oro-naso-faringeo.

Luogo e data _____

Firma _____

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO DEL PAZIENTE PER IL TAMPONE
NASO FARINGEO SARS-COV-2**

Il/la sottoscritto/a (Cognome) , .. (Nome)
(Grado) Ente di appartenenza
Nato/a a Prov. Il

Dichiaro quanto segue (barrare la casella di interesse):

Sono stato/a informato/a da , in modo chiaro, ed ho compreso le finalità, le modalità di esecuzione ed i rischi connessi alla procedura del test.

Ho letto e compreso quanto contenuto nella scheda informativa che mi è stata consegnata ed ho avuto la possibilità di discutere eventuali dubbi inerenti il test ed ho capito gli obiettivi ed i rischi associati ad esso.

SI NO

Acconsento all'utilizzo dei miei dati clinici ed epidemiologici.

SI NO

Acconsento ai sensi e per gli effetti del D.lgs 196/2003 come modificato dal D.lgs 10 agosto 2018, n. 101 e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679, al trattamento dei dati personali.

SI NO

Data

Firma del sanitario

Firma del paziente

TEST TAMPONE RAPIDO

Si certifica che il/la (Grado)

(Nome) (Cognome)

Nato a (prov) il

In servizio presso

Il giorno..... , ha eseguito il test attraverso tampone rapido naso faringeo:

NEGATIVO

POSITIVO

Data

Timbro e firma del medico

CF. (SAN) O. Marcello TUFANO

**AUTODICHIARAZIONE COVID-19 RIPORTANTE L'ASSENZA DI CONDIZIONI
FISICHE E DI SALUTE OSTATIVE PER IL CONCORSO PER IL RECLUTAMENTO
DI VOLONTARI IN FERMA PREFISSATA ANNUALE (VFP1) NELLA
MARINA MILITARE.
(ai sensi degli artt. 46 e 47 d.p.r. n. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il ___/___/_____ a _____ (____)
residente in _____ (____), via _____
e domiciliato/a in _____ (____), via _____
documento d'identità _____ nr. _____
rilasciato da _____ in data ___/___/_____
utenza telefonica _____,

consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti da dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

DICHIARA DI (1)

- non essere affetto/a, attualmente, da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5° C;
- non presentare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia, diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;
- non essere sottoposto/a alla misura della quarantena ovvero al divieto assoluto di allontanarsi dalla propria abitazione o dimora (disposti dalle autorità sanitarie competenti, ai sensi della normativa vigente) ovvero non essere a conoscenza, a oggi, del proprio stato di positività al COVID-19;

Presta esplicito consenso, ai sensi dei Decreti Legislativi 30 giugno 2003 n. 196 e 10 agosto 2018 n. 101 e del Regolamento (UE) 2016/679, in materia di raccolta, trattamento e protezione dei dati personali, nella consapevolezza che risulta necessario per le finalità del procedimento correlato alla presente dichiarazione.

(Località e data)

(Firma leggibile del dichiarante)

Note:

(1) Qualora anche una sola delle condizioni oggetto di autodichiarazione non dovesse essere soddisfatta, è fatto divieto al candidato di presentarsi presso la sede stabilita per l'incorporamento. Fermo restando le tutele previste dall'ordinamento vigente, in relazione all'eventuale possibilità di riconvocazione nell'ambito della procedura concorsuale in atto, compatibilmente con il calendario concorsuale, il candidato è invitato a prendere contatti e avanzare richiesta a Mariscuola Taranto ai seguenti recapiti già indicati nel bando: mariscuola.taranto@postacert.difesa.it; mescuola.ta.concorsovfp1@marina.difesa.it