

2° BLOCCO VFP 1 E.I. 2022

DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE ALLE PROVE DI EFFICIENZA FISICA E AGLI ACCERTAMENTI PSICO-FISICI E ATTITUDINALI

1. Tutti i convocati appartenenti al 1° blocco VFP 1 EI 2022 (di sesso sia maschile sia femminile) dovranno presentarsi alle prove di efficienza fisica e agli accertamenti psico-fisici e attitudinali con la seguente documentazione:
 - a) documento di riconoscimento in corso di validità;
 - b) autodichiarazione COVID-19, già **compilata e firmata dal candidato** (allegata alla presente comunicazione pag. 5);
 - c) dovranno produrre il certificato medico, in corso di validità (il certificato deve avere validità annuale), attestante l' idoneità all'attività sportiva agonistica per una delle discipline sportive riportate nella tabella B del Decreto del Ministero della Sanità del 18 febbraio 1982, rilasciato da un medico appartenente alla Federazione medico-sportiva italiana ovvero a struttura sanitaria pubblica o privata accreditata con il SSN ovvero da un medico (o struttura sanitaria pubblica o privata) autorizzato secondo le normative nazionali e regionali e che esercita in tali ambiti in qualità di medico specializzato in medicina dello sport;
 - d) se concorrenti di sesso femminile, originale o copia conforme del referto del test di gravidanza –in quanto lo stato di gravidanza costituisce temporaneo impedimento all'accertamento dell' idoneità al servizio militare (ai sensi dell' articolo 580, comma 2 del Decreto del Presidente della Repubblica 15 marzo 2010, n. 90)– eseguito presso struttura sanitaria pubblica, anche militare, o privata accreditata con il SSN in data non anteriore a 5 giorni rispetto a quella di presentazione alle prove di efficienza fisica e agli accertamenti psico-fisici attitudinali;
 - e) la seguente documentazione, formante il Protocollo Sanitario Unico (PSU), che costituisce l'elenco omogeneo delle certificazioni di base richieste per l'effettuazione degli accertamenti psico-fisici nell'ambito dell'iter di reclutamento quale VFP 1 nell'Esercito, nella Marina Militare e nell'Aeronautica Militare:
 - originale o copia conforme dei seguenti esami ematochimici ed esami strumentali, corredati di referto, rilasciati da struttura sanitaria pubblica, anche militare, o privata accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in data non anteriore a sei mesi rispetto a quella di presentazione agli accertamenti psico-fisici:
 - emocromo;
 - VES;
 - glicemia;
 - creatininemia;
 - trigliceridemia;
 - colesterolemia;
 - bilirubinemia diretta e indiretta;
 - gamma GT;
 - transaminasemia (GOT e GPT);
 - analisi delle urine con esame del sedimento;
 - markers virali: anti HAV (IgM ed IgG), Hbs Ag, anti HBs, anti HBc e anti HCV;
 - ricerca anticorpi per HIV;
 - referto test intradermico Mantoux o Quantiferon in data non anteriore a sei mesi rispetto a quella di presentazione agli accertamenti psico-fisici rilasciato da struttura sanitaria pubblica, anche militare, o privata accreditata con il SSN; in caso di positività è necessario presentare anche il referto dell'esame radiografico del torace in due proiezioni standard antero-posteriore e latero-laterale o il certificato di eventuale, pregressa, avvenuta vaccinazione con BCG;

- referto drug test urine, rilasciato da struttura sanitaria pubblica, anche militare, o privata accreditata con il SSN, relativo ad amfetamine, cocaina, oppiacei e cannabinoidi in data non anteriore a un mese rispetto a quella di presentazione agli accertamenti psico-fisici;
- certificato di stato di buona salute che attesti la presenza/assenza di pregresse manifestazioni emolitiche, di gravi manifestazioni immunoallergiche, di gravi intolleranze e idiosincrasie a farmaci o alimenti, la presenza/assenza di patologie rilevanti ai fini del reclutamento, rilasciato dal proprio medico curante in data non anteriore a sei mesi rispetto a quella di presentazione agli accertamenti psico-fisici e redatto conformemente all'allegato C del bando e riportato in calce al presente avviso (pag. 4);
- se concorrenti di sesso femminile, originale o copia conforme del referto di ecografia pelvica eseguita presso struttura sanitaria pubblica, anche militare, o privata accreditata con il SSN in data non anteriore a sei mesi rispetto a quella di presentazione agli accertamenti psico-fisici;

- f) Dichiarazione anamnestica già **compilata e firmata dal candidato** (pag. 6);
- g) dichiarazione BIA, già **compilata e firmata dal candidato** (pag. 7);
- h) se concorrenti di sesso femminile, dichiarazione stato di gravidanza già **compilata e firmata dal candidato** (pag.8);
- i) se concorrenti di sesso femminile, dichiarazione tatuaggi già **compilata e firmata dal candidato** (pag. 9);
- j) se concorrenti di sesso maschile, dichiarazione tatuaggi già **compilata e firmata dal candidato** (pag. 10);

NOTA BENE:

I REFERTI RILASCIATI DA STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE DEVONO RIPORTARE IL TIMBRO CON IL NUMERO DI ACCREDITAMENTO CON IL SSN.

2. I candidati che ne sono in possesso, potranno produrre, in sostituzione della documentazione di cui al precedente punto 1, lettera e), la Certificazione Sanitaria Unica (CSU) in corso di validità (1 anno), attestante l'idoneità sanitaria ottenuta in precedenti iter di reclutamento quale VFPI nell'Esercito, nella Marina Militare e nell'Aeronautica Militare e conforme all'allegato D del bando di reclutamento.
3. I convocati (di sesso sia maschile sia femminile), **già giudicati idonei da non più di 365 giorni** a una selezione psico-fisica prevista nel corso di una procedura di reclutamento della Forza Armata –**ma non in possesso della Certificazione Sanitaria Unica (CSU)**– nell'ambito della quale sono stati sottoposti ad accertamenti specialistici e strumentali, alla data di convocazione per gli accertamenti psico-fisici, previa esibizione del modulo di notifica di idoneità comprensivo del profilo precedentemente assegnato, dovranno presentare **in sostituzione della documentazione di cui al precedente punto 1, lettera e)** i seguenti documenti:
- i seguenti esami:
 - emocromo;
 - gamma GT;
 - transaminasemia (GOT e GPT);
 - referto test intradermico Mantoux o Quantiferon in data non anteriore a sei mesi rispetto a quella di presentazione agli accertamenti psico-fisici rilasciato da struttura sanitaria pubblica, anche militare, o privata accreditata con il SSN; in caso di positività è necessario presentare anche il referto dell'esame radiografico del torace in due proiezioni standard antero-posteriore e latero-laterale o il certificato di eventuale, pregressa, avvenuta vaccinazione con BCG;

- referto drug test urine, rilasciato da struttura sanitaria pubblica, anche militare, o privata accreditata con il SSN, relativo ad amfetamine, cocaina, oppiacei e cannabinoidi in data non anteriore a un mese rispetto a quella di presentazione agli accertamenti psico-fisici;
- certificato di stato di buona salute che attesti la presenza/assenza di pregresse manifestazioni emolitiche, di gravi manifestazioni immunoallergiche, di gravi intolleranze e idiosincrasie a farmaci o alimenti, la presenza/assenza di patologie rilevanti ai fini del reclutamento, rilasciato dal proprio medico curante in data non anteriore a sei mesi rispetto a quella di presentazione agli accertamenti psico-fisici e redatto conformemente all'allegato C del bando e riportato in calce al presente avviso;
- se concorrenti di sesso femminile, anche:
 - originale o copia conforme del referto del test di gravidanza –in quanto lo stato di gravidanza costituisce temporaneo impedimento all'accertamento dell'idoneità al servizio militare (ai sensi dell'articolo 580, comma 2 del Decreto del Presidente della Repubblica 15 marzo 2010, n. 90)– eseguito presso struttura sanitaria pubblica, anche militare, o privata accreditata con il SSN in data non anteriore a 5 giorni rispetto a quella di presentazione alle prove di efficienza fisica e agli accertamenti psico-fisici attitudinali;
 - originale o copia conforme del referto di ecografia pelvica eseguita presso struttura sanitaria pubblica, anche militare, o privata accreditata con il SSN in data non anteriore a sei mesi rispetto a quella di presentazione agli accertamenti psico-fisici.

CERTIFICATO DEL MEDICO DI FIDUCIA
(Art. 10, commi 6 e 17 del bando di reclutamento)

Intestazione studio medico di fiducia, di cui all'art. 25 della Legge 23 dicembre 1978 n. 833.

Cognome _____ nome _____,
nato a _____ (____), il _____,
residente a _____ (____), in via _____, n. _____,
codice fiscale _____,
documento d'identità: _____,
tipo _____, n. _____,
rilasciato in data _____, da _____.

Sulla base dei dati anamnestici riferiti e di quelli in mio possesso, degli accertamenti eseguiti e dei dati obiettivi rilevati nel corso della visita medica da me effettuata, per quanto riguarda lo stato di salute del mio assistito sopra citato,

ATTESTO QUANTO SEGUE
(barrare con una X la casella d'interesse)

PATOLOGIE				SPECIFICARE
Manifestazioni emolitiche	In atto	Pregressa	NO	
Gravi manifestazioni immunoallergiche	In atto	Pregressa	NO	
Gravi intolleranze o idiosincrasie a farmaci e/o alimenti	In atto	Pregressa	NO	
Psichiatriche	In atto	Pregressa	NO	
Neurologiche	In atto	Pregressa	NO	
Apparato cardiocircolatorio	In atto	Pregressa	NO	
Apparato respiratorio	In atto	Pregressa	NO	
Apparato digerente	In atto	Pregressa	NO	
Apparato urogenitale	In atto	Pregressa	NO	
Apparato osteoartromuscolare	In atto	Pregressa	NO	
ORL, oftalmologiche	In atto	Pregressa	NO	
Sangue e organi emopoietici	In atto	Pregressa	NO	
Organi endocrini (tiroide, surreni, pancreas, ipofisi)	In atto	Pregressa	NO	
Diabete mellito	SI	///	NO	
Epilessia	SI	///	NO	
Uso di sostanze psicotrope e/o stupefacenti	In atto	Pregressa	NO	
Abuso di alcool	In atto	Pregressa	NO	

Note: _____.

Rilascio il presente certificato, in carta libera, a richiesta dell'interessato per uso "arruolamento" nelle Forze Armate. Il presente certificato ha validità semestrale dalla data del rilascio.

_____, _____
(luogo) (data)

Il medico

(timbro e firma)

**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) NELL' ESERCITO ITALIANO.
(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

- non essere affetto/a, attualmente, da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5° C;
- non accusare 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)

N.:

CENTRO DI SELEZIONE _____

DICHIARAZIONE ANAMNESTICA

COGNOME: _____	NOME: _____
NATO IL: ____/____/____	LUOGO DI NASCITA: _____

1	RICOVERI IN OSPEDALE	SI	NO	MOTIVO:
2	INTERVENTI CHIRURGICI	SI	NO	DOVUTO A:
3	FRATTURE-TRAUMI-LESIONI ARTICOLARI (lussazioni, lesioni capsula articolare e/o legamenti, ecc.)	SI	NO	SPECIFICARE:
4	MALATTIE DEL SANGUE (anemia mediterranea, ecc.)	SI	NO	ELENCARE:
5	MALATTIE ALLERGICHE	SI	NO	ELENCARE:
6	PROBLEMI DI VISTA E/O UDITO	SI	NO	ELENCARE:
7	ALTRE MALATTIE (cuore e apparato circolatorio, apparato respiratorio, digerente, urogenitale, endocrino, mammella, cute, ecc.)	SI	NO	QUALI?
8	MALATTIE NERVOSE E/O MENTALI (comprese le sindromi epilettiche)	SI	NO	ELENCARE:
9	USO DI SOSTANZE ALCOLICHE E/O STUPEFACENTI	SI	NO	SPECIFICARE:
10	E' STATO SOTTOPOSTO AD ALTRE VISITE MEDICHE SELETTIVE FINALIZZATE A CONCORSI ?	SI	NO	SPECIFICARE ESITO:

Il sottoscritto dichiara che quanto sopra asserito corrisponde al vero ed è consapevole delle responsabilità civili e penali che si assumerebbe in caso di dichiarazione **MENDACE**.

Dichiara, inoltre, di accettare di sottoporsi a tutti gli accertamenti previsti dal bando di concorso e di essere a conoscenza della loro natura e della loro finalità per la valutazione dell'idoneità fisio-psichica. Autorizza, altresì, la trattazione, per le finalità concorsuali, dei dati sensibili correlati ai suddetti accertamenti.

_____, ____/____/____
(Luogo)

Firma del dichiarante _____

DICHIARAZIONE BIA

Il sottoscritto

nato il a

Candidato per il bando di concorso VFP1

Dichiara di essere stato reso consapevole che, nell'ambito degli accertamenti psicofisiologici svolti presso questo Centro di Selezione, in data ed ora che verrà preventivamente comunicata, sarà sottoposto agli esami "bioimpedenziometria" ed "handgrip" al fine della valutazione dei parametri fisici correlati alla composizione corporea, alla massa metabolicamente attiva ed alla forza muscolare. Tali esami non sono invasivi né risultano nocivi per la salute, ma ci si dovrà attenere alle seguenti indicazioni procedurali:

- non mangiare e bere nelle 4 ore prima del test;
- urinare prima del test (entro 30 minuti);
- evitare esercizio fisico, da moderato a intenso, nelle ultime 12 ore;
- fornire, a richiesta, ogni dato anamnestico utile all'esecuzione dell'esame.

Luogo e data,

Firma del candidato

CENTRO DI SELEZIONE _____

DICHIARAZIONE DI STATO DI GRAVIDANZA

Io sottoscritta _____

dichiaro che* _____ sono attualmente in stato di gravidanza.

*** NON o SI.**

Foligno ____/____/____

Firma della dichiarante _____

DICHIARAZIONE RELATIVA ALL'APPLICAZIONE DI TATUAGGI

Io sottoscritta (Nome e Cognome).....

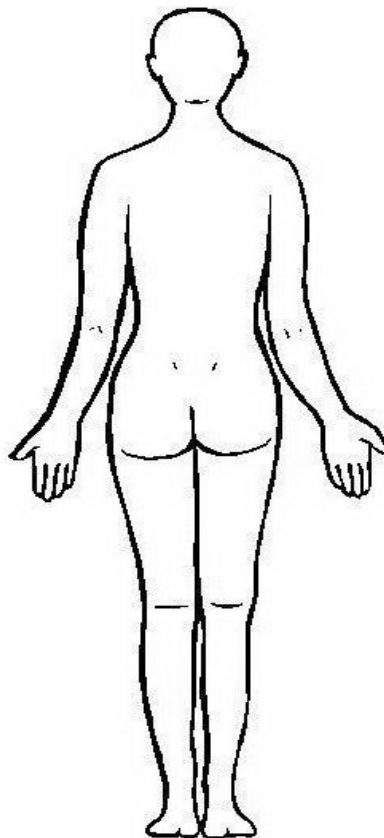
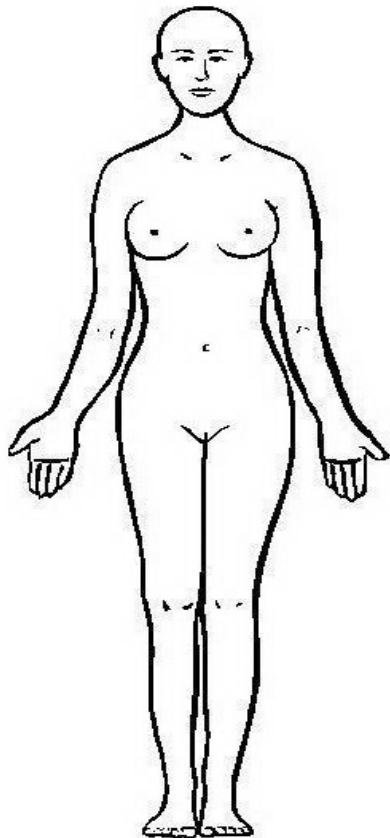
Luogo e data di nascita

DICHIARO DI:

AVERE

NON AVERE APPLICATI

TATUAGGI



Se è stata dichiarata l'applicazione la candidata:

- 1. localizzi nella figura sovrastante, indicandoli con un numero progressivo, tutti i suoi tatuaggi;
- 2. riporti, nella legenda sottostante, a fianco del numero corrispondente, una breve descrizione di ciascun tatuaggio indicato.

- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____
- 6. _____
- 7. _____
- 8. _____
- 9. _____

Foligno, _____
data

Firma della dichiarante

DICHIARAZIONE RELATIVA ALL'APPLICAZIONE DI TATUAGGI

Io sottoscritta (Nome e Cognome).....

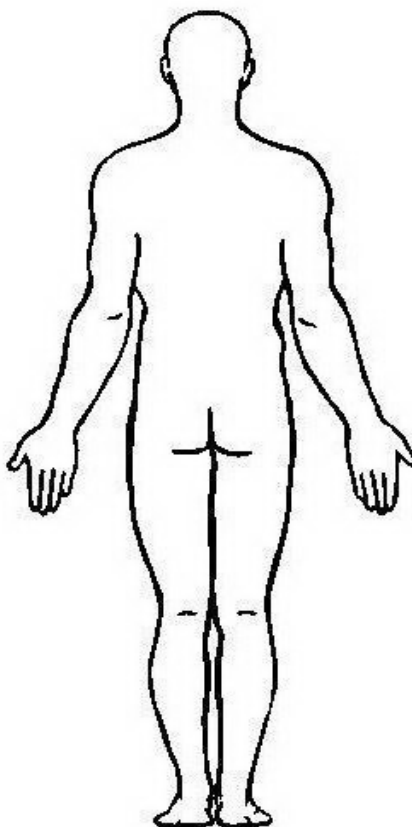
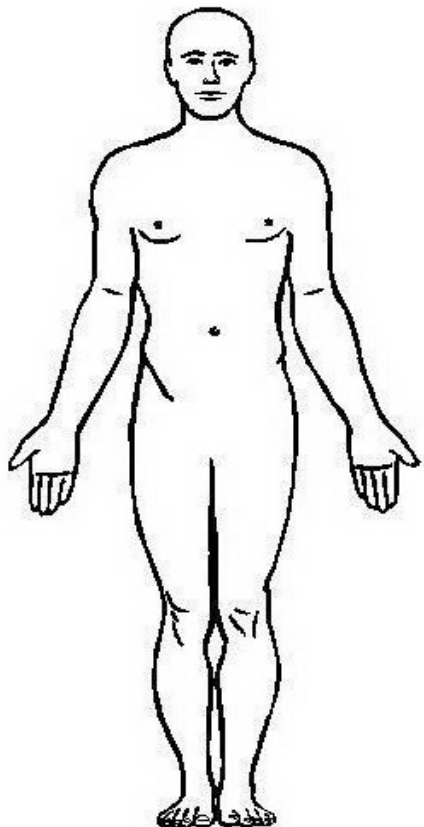
Luogo e data di nascita

DICHIARO DI:

AVERE

NON AVERE APPLICATI

TATUAGGI



Se è stata dichiarata l'applicazione la candidata:

- 1. localizzi nella figura sovrastante, indicandoli con un numero progressivo, tutti i suoi tatuaggi;
- 2. riporti, nella legenda sottostante, a fianco del numero corrispondente, una breve descrizione di ciascun tatuaggio indicato.

- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____
- 6. _____
- 7. _____
- 8. _____
- 9. _____

Foligno, _____
data

Firma della dichiarante