

A: MINISTERO DELLA DIFESA  
 DIREZIONE GENERALE DEI LAVORI  
[geniodife@postacert.difesa.it](mailto:geniodife@postacert.difesa.it)

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e ss.mm.ii.)

### DICHIARAZIONE DI IDONEITÀ SANITARIA

#### Il sottoscritto

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>	Data di nascita	<input type="text"/>
Luogo di nascita:	Stato <input type="text"/>	Comune	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>
Comune di residenza	<input type="text"/>		C.A.P.	<input type="text"/>	Prov. <input type="text"/>
Via/P.zza	<input type="text"/>	N°	<input type="text"/>	Cittadinanza:	<input type="text"/>
Codice Fiscale	<input type="text"/>	Tel	<input type="text"/>	Cell.	<input type="text"/>
Domicilio digitale (PEC)	<input type="text"/>				
Documento di identità	<input type="text"/>				

consapevole delle sanzioni penali e civili nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti in ragione del provvedimento emanato, al fine di accertare il possesso dei requisiti fisici previsti dall'art. 8 del D.M. 28 febbraio 2017, sotto la propria responsabilità

#### DICHIARA

che i fatti, stati e qualità riportati nell'annesso **certificato medico**, che costituisce parte integrante di quanto fin qui dichiarato, corrispondono a verità.

Inoltre dichiara di essere informato ai sensi e per gli effetti della normativa vigente che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

#### Letto, confermato e sottoscritto

---

LUOGO E DATA

---

FIRMA DEL DICHIARANTE

---

La dichiarazione deve essere corredata da:

- Copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità in corso di validità.
- Copia fotostatica del certificato medico rilasciato da un Ufficiale medico della FF.AA. o di Polizia.

# CERTIFICATO MEDICO

(ai sensi del D.M. 28 febbraio 2017)

DI IDONEITÀ AL **CONSEGUIMENTO/RINNOVO** DEL BREVETTO DI SPECIALIZZAZIONE BONIFICA CAMPI MINATI (B.C.M.) NELLA QUALIFICA DI

DIRIGENTE TECNICO (DT)  ASSISTENTE TECNICO (AT)  RASTRELLATORE (RASTR)

Vista la certificazione anamnestica preliminare, relativa all'eventuale sussistenza di determinati processi morbosi, resa e sottoscritta dall'interessato dinanzi al proprio medico di fiducia,

si certifica che il \_\_\_\_\_ da me identificato

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

scadenza \_\_\_\_\_

appare, in atto, di normale sviluppo psico-fisico, esente da anomalie della conformazione, da malattie fisiche o psichiche, da infermità od imperfezioni, deficienze organiche o minorazioni anatomiche e/o funzionali che possano in qualche modo determinare impedimento all'utile espletamento delle mansioni proprie della qualifica ovvero che in ogni modo possano risentire negativamente dell'espletamento delle medesime mansioni.

Possiede **Visus**

Occhio Destro

Occhio Sinistro

ad occhio nudo

\_\_\_\_\_/10

\_\_\_\_\_/10

a rifrazione corretta

\_\_\_\_\_/10

\_\_\_\_\_/10

grado di rifrazione

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Senso cromatico** \_\_\_\_\_ **Campo Visivo** \_\_\_\_\_ **Visione Binoculare** \_\_\_\_\_

Percepisce la Voce ordinaria di conversazione a destra a \_\_\_\_\_ ; a sinistra a \_\_\_\_\_

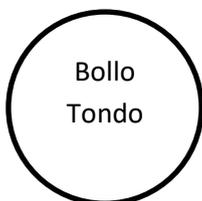
In conseguenza si giudica (**SI/NO**) IDONEO al **CONSEGUIMENTO/RINNOVO** del brevetto DTATRASTR

Osservazioni \_\_\_\_\_

Prescrizioni:  obbligo di occhiali e/o lenti a contatto  Nessuna

Allegati: certificato anamnestico preliminare \_\_\_\_\_

Località e data di rilascio



L'UFFICIALE MEDICO