Allegato H

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E DI RESPONSABILIZZAZIONE

Il sottoscritto _____

nato a _____ (_____) il _____

residente a _____ in via _____

codice fiscale _____

documento d'identità: n° _____

rilasciato in data_____ da _____

eventuale Ente di appartenenza _____

DICHIARA

1. di aver fornito all'Ufficiale medico dell'Infermeria del Reparto d'Istruzione 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 dettagliata e comprensibile dallo stesso Ufficiale medico in merito alle possibili manifestazioni clinico patologiche delle crisi emolitiche e alle speciali precauzioni previste ed adottate in riferimento all'accertata carenza parziale o totale di G6PD;

4. di informare tempestivamente il Comando di appartenenza e l'Ufficiale medico in caso di insorgenza di sintomi e/o manifestazioni clinico patologiche correlate al deficit di G6PD durante l'attività di servizio;

5. 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 di controllo eseguita in data _____.

Luogo e data _____ L'Ufficiale medico

_____
(timbro e firma)