

## CENTRO DI SELEZIONE E RECLUTAMENTO NAZIONALE DELL'ESERCITO

Ufficio Selezione Psicofisiologica

### 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.

FOLIGNO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

*Firma del dichiarante* \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE

Il sottoscritto .....

nato il .....

Candidato per il bando di concorso .....

.....

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

Allegato F

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO ALL'EFFETTUAZIONE DEL  
 PROTOCOLLO DIAGNOSTICO E INFORMAZIONE SUI PROTOCOLLI VACCINALI

All'atto della presentazione per l'accertamento dell'idoneità psico-fisica il concorrente dovrà sottoscrivere la seguente dichiarazione di consenso informato.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_,  
 a \_\_\_\_\_ (Pr. \_\_\_\_\_), informato dal Presidente della Commissione  
 per l'accertamento dell'idoneità psico-fisica (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 ed in ragione di ciò acconsente/non acconsente (1) ad essere sottoposto agli accertamenti per l'idoneità psico-fisica previsti nel protocollo;
- di aver preso atto che gli esami radiologici, utilizzando radiazioni ionizzanti (dette comunemente raggi x), sono potenzialmente dannosi per l'organismo (ad esempio per il sangue, per gli organi ad alto ricambio cellulare, ecc.) ma che gli stessi potrebbero risultare utili o indispensabili per l'accertamento e la valutazione di eventuali patologie, in atto o pregresse, non altrimenti osservabili né valutabili con diverse metodiche o visite specialistiche, non avendo null'altro da chiedere, presta libero consenso ad essere eventualmente sottoposto all'indagine radiologica richiesta, in quanto pienamente consapevole dei benefici e dei rischi connessi all'esame.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di aver ricevuto dal Presidente della Commissione per l'accertamento dell'idoneità psico-fisica (o dall'ufficiale medico suo delegato \_\_\_\_\_) l'informazione sui protocolli vaccinali previsti per il personale militare in tema di significato, finalità e potenziali conseguenze derivanti dalla loro esecuzione.

I vincitori di concorso saranno sottoposti, ove necessario, al completamento del profilo vaccinale, secondo le modalità definite nella "Direttiva tecnica in materia di protocolli sanitari per la somministrazione di profilassi vaccinali al personale militare", allegata al Decreto Interministeriale 16 maggio 2018.

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

\_\_\_\_\_  
 (firma leggibile del dichiarante)

Nota (1): depennare la voce che non interessa.

DA TRATTARE IN OTTEMPERANZA ALLE DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

# CENTRO DI SELEZIONE \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE RELATIVA ALL'APPLICAZIONE DI TATUAGGI

Io sottoscritto (Nome e Cognome).....

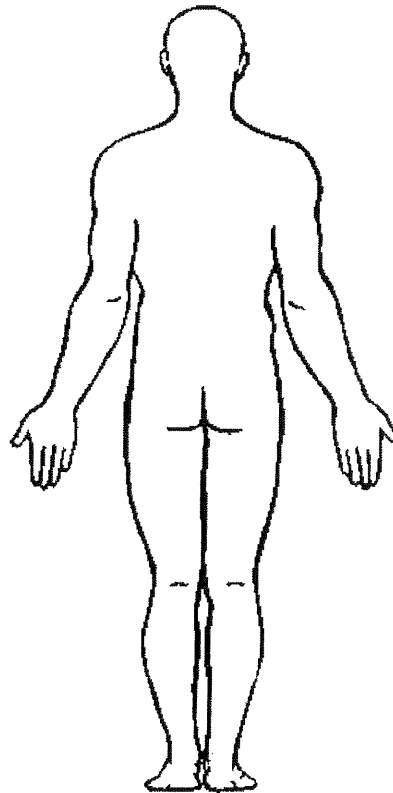
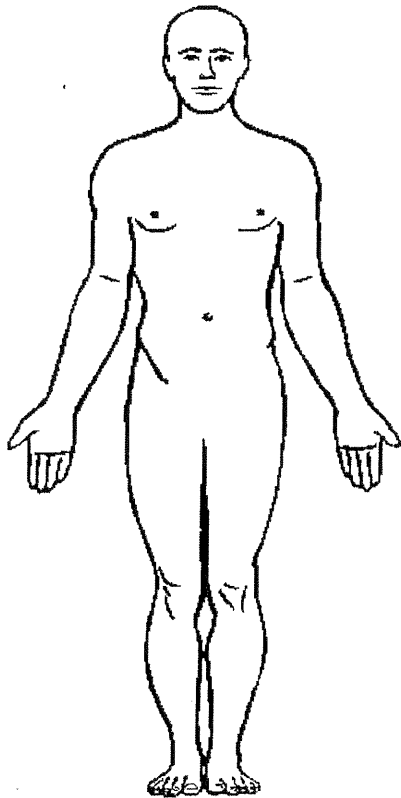
Luogo e data di nascita .....

### DICHIARO DI:

AVERE

NON AVERE

### APPLICATI TATUAGGI



Se è stata dichiarata l'applicazione il candidato:

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.

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_

5) \_\_\_\_\_

6) \_\_\_\_\_

Foligno, \_\_\_\_\_  
data

\_\_\_\_\_  
Firma del dichiarante

DA TRATTARE IN OTTEMPERANZA ALLE DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

# CENTRO DI SELEZIONE \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE RELATIVA ALL'APPLICAZIONE DI TATUAGGI

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

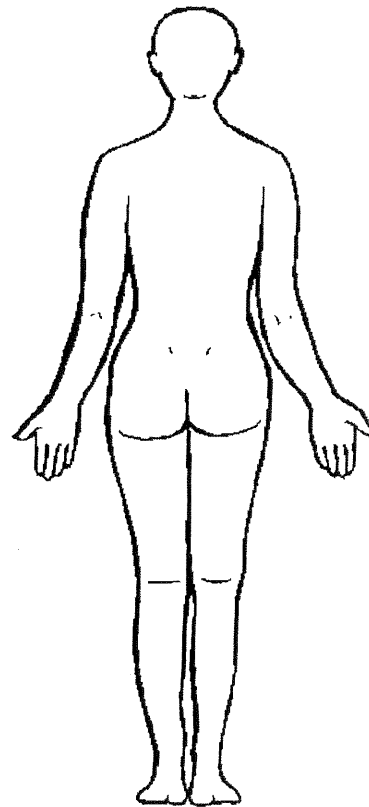
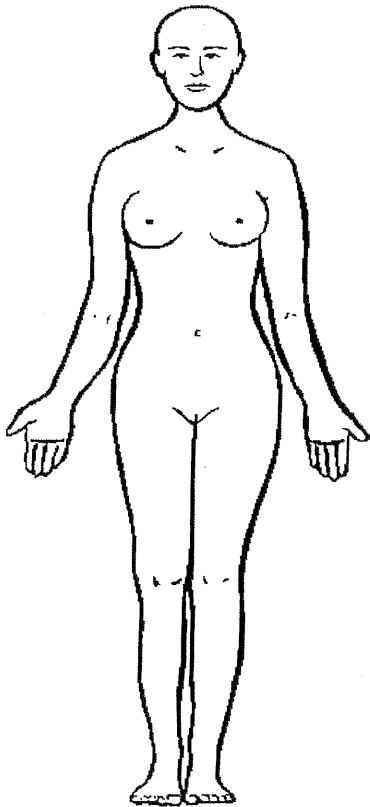
Luogo e data di nascita .....

**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.

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_

5) \_\_\_\_\_

Foligno, \_\_\_\_\_  
data

\_\_\_\_\_  
Firma della dichiarante

DA TRATTARE IN OTTEMPERANZA ALLE DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI