

ATTO DI ASSENSO
PER L'ARRUOLAMENTO DI UN MINORE NELL'ARMA DEI CARABINIERI

Il/I sottoscritto/i _____ (1), in qualità
di _____ (2) del minore
_____ (3),

per assecondare l'inclinazione del medesimo, acconsente/acconsentono a che egli, quale partecipante al concorso per il reclutamento di 10 carabinieri in ferma quadriennale, riservato ad atleti, riconosciuti di Interesse Nazionale dal Comitato Olimpico Nazionale Italiano (CONI) o dalle Federazioni Sportive Nazionali affiliate al CONI, per il Centro sportivo dell'Arma dei carabinieri, possa:

- essere sottoposto agli accertamenti sanitari ed attitudinali prescritti dal bando;
- contrarre l'arruolamento come allievo carabiniere effettivo.

In allegato fotocopia del documento di identità (4).

Il/I dichiarante/i (5)

^^^^^^^^

NOTE:

- (1) cognome, nome e data di nascita dei genitori o del genitore esercente responsabilità genitoriale o del tutore;
- (2) genitori o genitore esercente responsabilità genitoriale o tutore;
- (3) cognome, nome e data di nascita del concorrente minorenni;
- (4) deve essere allegata fotocopia non autenticata del documento di identità dei dichiaranti;
- (5) firme dei dichiaranti.

Concorso pubblico, per titoli, per il reclutamento di 10 (dieci) allievi carabinieri, in qualità di atleti, per il Centro Sportivo dell'Arma dei Carabinieri.

Allegato B

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

CERTIFICATO DI STATO BUONA SALUTE

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

Il soggetto, sulla base dei dati anamnestici riferiti, dei dati in possesso, degli accertamenti eseguiti e dei dati clinico-obiettivi rilevati nel corso della visita medica da me effettuata, risulta in stato di buona salute e risulta:

SI NO (1) aver avuto manifestazioni emolitiche, gravi manifestazioni immunoallergiche, gravi intolleranze ed idiosincrasie a farmaci o alimenti (2).

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)

NOTA:

- (1) barrare con una X la casella d'interesse.
- (2) depennare eventualmente le voci che non interessano.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO PER INDAGINI RADIOLOGICHE

INFORMATIVA RIGUARDANTE LE INDAGINI RADIOLOGICHE

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.). Tuttavia, gli stessi risultano utili e, talora, 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.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO (1)

(articolo 111, commi 5, 6 e 7 del decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 230)

Il sottoscritto _____ nato a _____, prov. di _____, il ___/___/_____, dopo aver letto quanto sopra, reso edotto circa gli effetti biologici delle radiazioni ionizzanti, non avendo null'altro da chiedere, presta libero consenso ad essere sottoposto all'indagine radiologica richiesta, in quanto pienamente consapevole dei benefici e dei rischi connessi all'esame.

_____, _____
(luogo) (data)

Il dichiarante

(firma leggibile del concorrente)

DICHIARAZIONE DI CONSENSO (2)

(articolo 111, commi 5, 6 e 7 del decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 230)

Il/I sottoscritto/i _____ e _____, genitore/genitori/tutore di _____ nato a _____, prov. di _____, il ___/___/_____, dopo aver letto quanto sopra, reso/i edotto/i circa gli effetti biologici delle radiazioni ionizzanti, presta/prestano libero consenso affinché il proprio figlio pupillo, sia sottoposto all'eventuale indagine radiologica richiesta, in quanto pienamente consapevole/i dei benefici e dei rischi connessi all'esame.

_____, _____
(luogo) (data)

Il/I dichiarante/i

(firme leggibili dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale)

^^^^^^^^^^

NOTE:

- (1) tale dichiarazione va sottoscritta, prima dell'eventuale effettuazione degli esami radiologici prescritti dal bando di concorso, dai concorrenti che all'atto degli stessi siano maggiorenni;
- (2) tale dichiarazione - debitamente compilata e sottoscritta - dovrà, invece, essere portata al seguito dai concorrenti minorenni, per essere consegnata prima dell'eventuale effettuazione degli esami radiologici prescritti dal bando di concorso.

AUTOCERTIFICAZIONE

(DA COMPILARE E PRESENTARE AL REPARTO DI ISTRUZIONE DI ASSEGNAZIONE A CURA DEI CANDIDATI VINCITORI DEL CONCORSO)
(D.P.R. 28.12.2000 nr. 445 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa")

DA COMPILARE CON CARATTERI IN STAMPATELLO

Consapevole delle conseguenze che, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. n. 445/2000 possono derivargli da falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

il/la sottoscritto/a _____

stato civile _____ / _____ / _____
(se coniugato o divorziato indicare anche la data di decorrenza)

nato/a a _____ pr. () il _____ / _____ / _____

residente a _____ pr. () C.A.P.

in via/v.le/v.lo/p.zza/p.le _____ n. _____

Telefono (rete fissa) _____ / _____ Cellulare _____ / _____

Codice fiscale _____

DICHIARA DI:

(barrare obbligatoriamente la/e casella/e di interesse)

essere cittadino/a italiano/a (In caso di doppia cittadinanza, dovrà indicare, in apposita dichiarazione da allegare alla presente autocertificazione, la seconda cittadinanza ed in quale Stato è soggetto o ha assolto gli obblighi militari);

godere dei diritti politici;

possedere il/i seguente/i titolo/i di studio:

diploma di istruzione secondaria di 1° grado (**licenza media**) conseguito nell'anno scolastico _____ / _____ con il giudizio di _____ presso la scuola _____ con sede in _____ pr. (_____);

diploma di istruzione secondaria di 2° grado _____ conseguito nell'anno scolastico _____ / _____ con il punteggio di _____ / _____ presso l'istituto _____ con sede in _____ pr. (_____);

laurea – durata del corso anni _____ (o titolo equipollente);

laurea specialistica/magistrale – durata del corso anni _____ (o titolo equipollente), conseguita nell'anno accademico _____ / _____ con il punteggio di _____ / _____ presso l'Università degli

Studi di _____ - Facoltà di _____ con sede

in _____ pr. (_____).

(Luogo)

(data)

Il/La dichiarante

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 che ha eseguito l'anamnesi e la visita generale 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 degli accertamenti psicofisici eseguiti in data _____.

Luogo e data _____

L'Ufficiale medico

(timbro e firma)