

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA
INFORMAZIONE E DI
RESPONSABILIZZAZIONE

ERKLÄRUNG ÜBER DIE ERFOLGTE
AUFKLÄRUNG UND DIE
VERANTWORTUNGSÜBERNAHME

Il sottoscritto _____
nato a: _____ () il _____
residente a: _____
in via: _____
codice fiscale: _____
documento d'identità n°: _____
rilasciato in data _____ da _____
eventuale Ente di appartenenza _____

Ich, _____
geboren in: _____ () am _____
wohnhaft in: _____
Straße: _____
Steuernummer: _____
Erkennungsausweis Nr.: _____
ausgestellt am _____ von _____
eventuelle Zugehörigkeitsdienststelle _____

DICHIARA

ERKLÄRE
wie folgt:

~~1.~~ di aver fornito all'Ufficiale medico dell'infermeria del Reparto d'Istruzione che ha eseguito la visita medica di controllo 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;

1. Ich habe dem Stabsarzt der Krankenstation des Bildungsinstitut, ~~die~~ welcher die medizinische Untersuchung durchgeführt hat der die Anamnese und die allgemeine Visite durchgeführt hat, wahrheitsgetreue und vollständige Auskünfte über meinen aktuellen und früheren Gesundheitszustand erteilt, und zwar auch bezüglich G6PD-Mangel - Favismus, hämolytischer Krisen und Krankenhausaufenthalten.

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);

2. Ich wurde über das Risiko im Zusammenhang mit einigen Faktoren (z. B. Hülsenfrüchte, insbesondere Favabohnen und Erbsen, Gemüse, Arzneimittel oder chemische Stoffe) aufgeklärt, welche das Auftreten von hämolytischen Krisen verursachen können.

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;

3. Ich wurde detailliert und auf verständliche Weise vom Arzt über mögliche klinisch-pathologische Symptome einer hämolytischen Krise und über die vorgesehenen und angewendeten speziellen Vorichtsmaßnahmen in Bezug auf den nachgewiesenen teilweisen oder vollständigen G6PD-Mangel aufgeklärt.

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;

4. Bei Auftreten von klinisch-pathologischen Symptomen oder Erscheinungen im Zusammenhang mit G6PD-Mangel während meiner Diensttätigkeit verständige ich unverzüglich die zuständige Kommandostelle und den Stabsarzt.

5. di sollevare l'Amministrazione della Difesa da ogni responsabilità derivante da non veritiere, incomplete o inesatte dichiarazioni inerenti al presente atto.

5. Ich entbinde das Verteidigungsministerium von jeglicher Verantwortung, die sich aus unwahren, unvollständigen oder ungenauen Erklärungen meinerseits in vorliegender Unterlage ergeben sollte.

Luogo e data: _____

Ort und Datum: _____

(firma del dichiarante)

(Unterschrift der erklärenden Person)

La presente dichiarazione è stata resa e sottoscritta nel corso degli accertamenti psicofisici eseguiti in data: _____

Vorliegende Erklärung wurde im Rahmen der am _____ durchgeführten Gesundheitsuntersuchung zur Feststellung der psychophysischen Eignung abgegeben und unterzeichnet.

Luogo e data: _____

Ort und Datum: _____

Formattato: Rientro: Sinistro: 0 cm, Sporgente 0,25 cm, Nessun elenco puntato o numerato

Formattati: Elenchi puntati e numerati

Formattato: Rientro: Sinistro: 0 cm, Sporgente 0,35 cm, Tabulazioni: 0,35 cm, Tabulazione elenco + Non a 1,27 cm

Formattato

Formattato

L'Ufficiale medico

(timbro e firma)

Der Stabsarzt

(Stempel und Unterschrift)

