

MINISTERO DELLA DIFESA

DIREZIONE GENERALE PER IL PERSONALE MILITARE

CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI, PER L'AMMISSIONE AL 5° CORSO PER CAPI DI 3^A CLASSE A NOMINA DIRETTA DELLA MARINA MILITARE

AVVISO CONCERNENTE LA CONVOCAZIONE DEGLI AMMESSI ALLA FREQUENZA DEL 5° CORSO PER CAPI DI 3^A CLASSE A NOMINA DIRETTA DELLA MARINA MILITARE – CATEGORIA SS/I E SS/T

Si comunica che i sottoelencati candidati, a seguito del punteggio riportato nella graduatoria finale di merito, sono convocati per la frequenza del 5° corso per Capi di 3^a classe a nomina diretta della Marina Militare, con riserva dell'accertamento del possesso dei requisiti indicati all'articolo 2 del bando. Pertanto, muniti di valido documento di riconoscimento e tessera sanitaria, dovranno presentarsi presso la Scuola Sottufficiali della Marina Militare di Taranto sita in Largo Lorenzo Bezzi, 1 – TARANTO e dovranno accedere (senza auto) dalla “porta carraia” sita in Via del Faro (200 mt dall'ingresso principale), evitando assembramenti e mantenendosi ad almeno 1 metro di distanza dagli altri convocati in attesa di defluire all'interno della struttura, il **29 novembre 2021, alle ore 08:00**.

Al fine di rendere più fluide le fasi di afflusso si richiede ai vincitori del concorso di portare debitamente compilati all'atto di presentazione presso la Scuola Sottufficiali della Marina Militare:

- Consenso informato per test sierologico/tampone nasofaringeo e orofaringeo (Allegato A);
- Autodichiarazione (Allegato B);
- la certificazione verde COVID-19 (EU Digital COVID Certificate), rilasciata dal Ministero della Salute in formato stampabile. Per motivi organizzativi e di controllo, la predetta certificazione dovrà essere esibita in forma cartacea.

Inoltre, in accordo alla normativa in riferimento ed alle norme vigenti presso l'Istituto, i vincitori del concorso dovranno:

1. non presentarsi presso la Scuola Sottufficiali della Marina Militare di Taranto se affetti da uno o più dei seguenti sintomi:
 - a) temperatura superiore a 37,5°C;
 - b) tosse di recente comparsa;
 - c) difficoltà respiratoria;
 - d) perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia);
 - e) mal di gola;
2. non presentarsi presso la Scuola Sottufficiali della Marina Militare di Taranto se sottoposto alla misura della quarantena o isolamento domiciliare fiduciario e/o al divieto di allontanamento dalla propria dimora/abitazione come misura di prevenzione della diffusione del contagio da COVID-19;
3. indossare obbligatoriamente mascherina chirurgica o facciale filtrante FFP2.

Tali obblighi devono essere oggetto di un'apposita autodichiarazione da prodursi ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 (allegato B) da consegnare all'atto della presentazione presso la Scuola Sottufficiali della Marina Militare di Taranto.

All'atto della presentazione il personale in servizio dovrà indossare l'uniforme Ordinaria stagionale, mentre il personale civile un abito elegante (evitare pantaloni Jeans, scarpe aperte, scarpe da ginnastica, tuta).

Il personale convocato dovrà inoltre portare al seguito:

1. **Effetti personali**

Ai vincitori, all'atto della presentazione in Istituto, si raccomanda di portare al seguito:

- nr. 1 paio di scarpe da ginnastica (di colore sobrio);
- Tuta da ginnastica (di colore blu/nero);
- asciugamani;
- accappatoio;
- ciabatte;
- costume da bagno (intero olimpionico per il personale di sesso femminile);
- occhialini da piscina (opzionali);
- cuffia silicone o stoffa;
- pantaloncino nero o blu per attività sportiva;
- maglietta di cotone di colore bianco;
- kit di pulizia personale (bagnoschiuma, dentifricio, ecc....);
- retina per capelli (per personale femminile);

2. **Ulteriore documentazione**

Oltre alla documentazione richiesta da bando di concorso, si richiede di portare al seguito anche:

- Foglio di convocazione;
- Documento di riconoscimento in corso di validità;
- Green pass in formato cartaceo;
- Fotocopia del documento di riconoscimento e codice fiscale (fronte retro);
- Attestazione di titolarità del Conto corrente personale rilasciato dalla Banca o dalla Posta;
- Documentazione sanitaria:
 - Dosaggio del G6PD;
 - Certificato vaccinale infantile e quello relativo alle eventuali vaccinazioni effettuate per turismo e per attività lavorative pregresse. In caso di assenza della relativa vaccinazione dovrà essere fornito il dosaggio degli anticorpi (Ig G) per morbillo, parotite, varicella e rosolia;
 - Certificato attestante il gruppo sanguigno e fattore RH rilasciato da struttura sanitaria pubblica.
- dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, nella quale risulti:
 - il godimento dei diritti civili e politici;
 - di non essere in atto imputati in procedimenti penali per delitti non colposi e di non essere stati sottoposti a misure di prevenzione;
- certificato attestante il gruppo sanguigno e il fattore Rh rilasciato da struttura sanitaria pubblica;
- copia della domanda di partecipazione;
- file, in formato pdf, su supporto digitale, della carta di identità e del codice fiscale fronte-retro.

I medesimi candidati 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. A tal fine, dovranno presentare, all'atto dell'incorporazione:

- a) il certificato attestante l'esecuzione del ciclo completo delle vaccinazioni previste per la propria fascia d'età, ai sensi del Decreto Legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla Legge 31 luglio 2017, n. 119, nonché quelle eventualmente effettuate per turismo e per attività lavorative pregresse;
- b) in caso di assenza della relativa vaccinazione, dovrà essere prodotto referto attestante il dosaggio degli anticorpi (Ig G) per morbillo, rosolia, parotite e varicella.

La mancata presentazione nel giorno e nell'orario stabiliti (salvo motivate e documentate cause d'impedimento che dovranno essere tempestivamente comunicate a questa Direzione Generale a mezzo comunicazione presso la casella di posta elettronica r1d1s4@persomil.difesa.it corredate da copia del documento di riconoscimento in corso di validità e comunque entro i due giorni successivi dalla suddetta data di convocazione), sarà considerata espressa rinuncia e comporterà l'esclusione dal corso. La Direzione Generale si riserva la facoltà, a seguito di valutazione insindacabile dei motivi dell'impedimento, di differire la data di convocazione compatibilmente con quanto stabilito all'articolo 18 del bando di concorso. Per quanto non espressamente previsto dal presente avviso, si rimanda al bando di concorso e all'appendice Marina Militare del citato bando. Il presente avviso ha valore di notifica a tutti gli effetti e per tutti i concorrenti.

NR.	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA
1	AQUINO	Giuseppe	23/10/1991
2	BACCHETTA	Gennaro	07/03/1990
3	BARLETTA	Martina	14/11/1997
4	CACCIOTTI	Arianna	30/12/1997
5	DEANDRI	Arianna	06/10/1996
6	DI CHIO	Fernando	06/04/1994
7	DI PIETRO	Gabriele	02/09/1998
8	LICATA	Antonio Vincenzo	18/01/1992
9	LONARDO	Gaia	17/12/1998
10	MARZIALE	Ilaria	06/06/1991
11	PAZIENZA	Ilaria	19/06/1996
12	ROMANO	Marika	25/09/1998
13	SANGIORGI	Marco	19/06/1990
14	TOMASELLI	Matteo	30/07/1994
15	TOTI	Alessandro	25/08/1995

TEMPERATURA CORPOREA	
_____ °C	
SINTOMATICO	
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

SCUOLA SOTTUFFICIALI M.M. TARANTO

CODICE CAMPIONE
A CURA DELL'ACCETTAZIONE
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>

CODICE UNIVOCO

Precedente Diagnosi di Covid 19?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-----------------------------

Precedente Positività a Tampone SARS-Cov2?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-----------------------------

Positivo a Test Sierologico	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Se positivo a Test Sierologico barrare tipologia di positività di Covid 19?	IgG <input type="checkbox"/>	IgM <input type="checkbox"/>
--	------------------------------	------------------------------

MODULO CONSENSO INFORMATO PER TEST SIEROLOGICO ED EVENTUALE TAMPONE NASOFARINGEO E OROFARINGEO

ANAGRAFICA PAZIENTE	
COGNOME _____ NOME _____ NATO IL _____	
A _____ (____) RESIDENTE IN _____ (____)	
CODICE FISCALE _____ DOMICILIO PROSSIME 72h: _____	
TEL _____ E-MAIL _____	
ISTITUZIONE DI APPARTENENZA:	
E.I. <input type="checkbox"/>	C.C. <input type="checkbox"/>
M.M. <input type="checkbox"/>	A.M. <input type="checkbox"/>
P.S. <input type="checkbox"/>	G.d.F. <input type="checkbox"/>
PCM <input type="checkbox"/>	CIVILE AVENTE DIRITTO <input type="checkbox"/>
ALTRO: _____	ENTE DI SERVIZIO: _____
INTRODUZIONE:	
<p>Dalla fine di Dicembre 2019 è iniziato in Cina un evento epidemico di infezione respiratorie acute associate alla diffusione di un nuovo agente virale emergente che nel corso degli ultimi mesi si è sviluppato a carattere pandemico. In data 09/10/2019 è stato identificato dai CDC cinesi l'agente eziologico di questa infezione, un nuovo Coronavirus identificato come SARS-Cov2. Non sono ancora disponibili conoscenze solite sul decorso della malattia o per identificare il paziente a maggior rischio di sviluppare forme gravi di infezione. I dati fino ad ora disponibili suggeriscono che la maggior parte delle infezioni siano associate ad una malattia simile all'influenza, tuttavia sono stati anche descritti una minoranza di casi di infezione associate a malattia grave con insufficienze respiratorie gravissime con necessità di assistenza in terapia intensiva. Secondo le conoscenze attualmente disponibili la principale fonte di trasmissione dell'infezione da Sars-Cov2 sono i soggetti sintomatici tuttavia non è possibile escludere totalmente che la trasmissione possa avvenire anche da soggetti infetti senza evidenti sintomi di malattia. Al fine di comprendere la biologia di questo nuovo virus, l'OMS raccomanda che gli stati membri implementino protocolli di sorveglianza delle infezioni da Sars-Cov2 che includano <u>la raccolta delle informazioni</u> sui pazienti e la conservazione di campioni biologici prima che essi sviluppino le manifestazioni cliniche.</p> <p>Informativa al Paziente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verrà sottoposto ad un prelievo ematico capillare mediante lancetta pungidito. • Non sono note controindicazioni particolari all'esecuzione dell'esame; • In caso di esito positivo al TEST SIEROLOGICO verrà sottoposto a Tampone OROFARINGEO e NASOFARINGEO. • Rischi dell'esame tampone nasofaringeo e orofaringeo: i rischi sono i medesimi di un tampone oro/nasofaringeo ovvero rinorrea anche in forma lieve, possibile epistassi, evocazione dello stimolo emetico, algie della sede di campionamento di breve durata. <p>Tenuto conto di quanto sopra specificato viene richiesto il consenso per fini di ricerca scientifica indipendente per la:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Raccolta delle informazioni di dati clinici ed epidemiologici inclusi eventuali esami di laboratorio; 2. Conservazione presso la Banca Biologica dell'INMI Lazzaro Spallanzani e/o del Dipartimento Scientifico del Policlinico Militare di Roma di aliquote di campioni biologici siero e fluidi respiratori per eseguire analisi virologiche. 3. Effettuare analisi genetiche per la caratterizzazione molecolare su campioni biologici per la infezione Sars-Cov2 sui campioni conservati. 	

**SCUOLA SOTTUFFICIALI
M.M. TARANTO**

Acquisizione del consenso

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

Documento di identità: _____ n° _____ rilasciato da _____

In qualità di diretto interessato

ovvero di esercente la potestà sul minore riportato in pagina 1

DICHIARA QUANTO SEGUE

1. Di aver letto e compreso quanto contenuto nella presente scheda informativa consegnata e di aver avuto la possibilità di discutere eventuali dubbi inerenti il progetto comprendendone obiettivi e rischi associati;
2. Di acconsentire alla donazione dei campioni biologici, sangue/tamponi/urine/ecc. nella consapevolezza che l'adesione a tale progetto è volontaria e che può essere ritirata in qualunque momento senza alcuna penalità o perdita di benefici;
3. Di acconsentire all'utilizzo dei propri dati clinici ed epidemiologici necessari all'analisi dei campioni biologici e alla successiva refertazione degli esiti;
4. Di acconsentire alla donazione dei campioni biologici che potranno essere utilizzati anche in futuro e che non saranno in nessun caso ceduti a terzi;
5. Di acconsentire alla possibilità che i campioni e le informazioni scientifiche relative agli stessi possano essere conservate ed utilizzate per attività di ricerca future;
6. Per quanto precede autorizzo nel rispetto del GDPR n° 679/2016, il trattamento dei dati personali sensibili.

Data e Luogo

Taranto _____

Firma del Paziente _____

Medico / Operatore sanitario che raccoglie il consenso _____

LINK EPIDEMIOLOGICO

1. Negli ultimi 14 giorni si è recato fuori dal proprio comune di residenza/domicilio? SI NO

SE SI?

Dove		Data di arrivo		Data di partenza	
Dove		Data di arrivo		Data di partenza	

2. Negli ultimi 14 giorni è stata a contatto con una persona affetta da polmonite da COVID 19? SI NO

3. Negli ultimi 14 giorni è stata a contatto con una persona risultata positiva al test tampone per la ricerca del COVID 19? SI NO

Attualmente è affetto da uno o più di uno dei seguenti segni e sintomi?

Tosse	<input type="checkbox"/>	Mal di gola	<input type="checkbox"/>	Difficoltà respiratoria	<input type="checkbox"/>	Raffreddore	<input type="checkbox"/>	Febbre	<input type="checkbox"/>
cefalea	<input type="checkbox"/>	mialgie	<input type="checkbox"/>	Senso di malessere	<input type="checkbox"/>	astenia	<input type="checkbox"/>	Calo ponderale	<input type="checkbox"/>
anoressia	<input type="checkbox"/>	Confusione mentale	<input type="checkbox"/>	vertigini	<input type="checkbox"/>	congiuntivite	<input type="checkbox"/>	Altri sintomi	<input type="checkbox"/>

Presenta una o più delle seguenti patologie croniche?

Tumore	<input type="checkbox"/>	Malattie cardiovascolari	<input type="checkbox"/>	Diabete	<input type="checkbox"/>	Deficit immunitari	<input type="checkbox"/>	Malattie respiratorie	<input type="checkbox"/>
Malattie renali	<input type="checkbox"/>	Malattie metaboliche	<input type="checkbox"/>	obesità	<input type="checkbox"/>	Iperensione arteriosa	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

ALTRE PATOLOGIE? : _____ **FARMACI ASSUNTI 24/72 ORE?** _____

AUTODICHIARAZIONE RIPORTANTE L'ASSENZA DI CONDIZIONI FISICHE E DI SALUTE OSTATIVE

(ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____

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

residente in _____ (_____), via _____

e domiciliato/a in _____ (_____), via _____

documento di identità _____, nr. _____

rilasciato da _____ in data _____.____._____ utenza

telefonica _____

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 76 del D.P.R. n. 445/2000) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art. 75 D.P.R. n. 445/2000)

DICHIARA DI

- **non essere affetto/a, attualmente, da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5°;**
- **non accusare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia, diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;**
- **non essere sottoposto/a alla misura della quarantena ovvero al divieto assoluto di allontanarsi dalla propria abitazione o dimora (disposti dalle autorità sanitarie competenti, ai sensi della normativa vigente) ovvero non essere a conoscenza, a oggi, del proprio stato di positività al COVID-19;**

Presta esplicito consenso, ai sensi dei Decreti Legislativi 30 giugno 2003 n. 196 e 10 agosto 2018 n. 101 e del Regolamento (UE) 2016/679, in materia di raccolta, trattamento e protezione dei dati personali, nella consapevolezza che risulta necessario per le finalità del procedimento correlato alla presente dichiarazione.

(Località e data)

(Firma leggibile del dichiarante)