

MINISTERO DELLA DIFESA

DIREZIONE GENERALE PER IL PERSONALE MILITARE

Concorso straordinario, per titoli ed esami, per la nomina di 9 (nove) tenenti in servizio permanente nel ruolo normale del Corpo Sanitario dell'Esercito indetto con decreto dirigenziale n. M_D AB05933 REG2023 0397585 del 7 luglio 2023

AVVISO RELATIVO ALLO SVOLGIMENTO DELLE PROVE DI EFFICIENZA FISICA, ACCERTAMENTI SANITARI E ACCERTAMENTO ATTITUDINALE

1. I concorrenti riportati nell'elenco allegato, risultati idonei alle prove scritte di cui all'art. 10 del bando di concorso, sono convocati presso il Centro di Selezione e Reclutamento Nazionale dell'Esercito – Caserma “Gonzaga del Vodice” - Viale Mezzetti, 2 Foligno, nel giorno e nell'ora indicati nel citato elenco, per lo svolgimento delle prove di efficienza fisica, degli accertamenti sanitari e dell'accertamento attitudinale.
2. Le prove avranno una durata presumibile complessiva di tre giornate consecutive (sabato e festivi esclusi). Il primo giorno di convocazione, i candidati dovranno affluire con tuta ginnica indossata per effettuare le prove di efficienza fisica.
3. Evitare di portare al seguito bagagli. Per la giornata di svolgimento delle prove di efficienza fisica sarà consentito portare al seguito solo uno zainetto o borsa simile per il trasporto dello stretto necessario per cambiarsi dopo le prove (maglia di ricambio, asciugamani, salviette detergenti igienizzanti) oltre ad acqua e snack. Non saranno disponibili spogliatoi per cambiarsi.
4. Documentazione/materiale da portare al seguito:
 - documento di riconoscimento in corso di validità;
 - documentazione sanitaria di cui agli artt. 11 e 12 del bando di concorso;
 - vademecum del concorrente, già compilato e firmato dal candidato (allegato);
 - dichiarazione anamnestica generale, già compilata e firmata dal candidato (allegata);
 - dichiarazione relativa all'applicazione dei tatuaggi, già compilata e firmata dal candidato (allegata);
 - dichiarazione di consenso informato all'effettuazione della B.I.A. (bioimpedenziometria ed handgrip), già compilata dal candidato (allegata);
 - dichiarazione medica del DSS, solo per il personale in servizio (allegato D del bando di concorso)
 - certificato del medico di fiducia (allegato E del bando di concorso);
 - dichiarazione di consenso informato all'effettuazione del protocollo diagnostico, già compilata dal candidato (allegato G del bando di concorso);
 - dichiarazione di ricevuta informazione e di responsabilizzazione, per i soli concorrenti affetti da deficit G6PD, già compilata dal candidato (allegato H del bando di concorso);
 - dichiarazione di consenso informato all'effettuazione dell'esame radiografico, già compilata dal candidato (allegato I del bando di concorso);
5. Il vitto e l'alloggio durante il periodo di svolgimento delle prove e degli accertamenti saranno a carico dei candidati.

Il presente avviso ha valore di notifica a tutti gli effetti e nei confronti di tutti i candidati.

ELENCO CANDIDATI

NR.	COGNOME	NOME	DATA DI CONVOCAZIONE	ORARIO DI CONVOCAZIONE
1	ARDAGNA	SALVATORE	07/11/2023	09:30
2	CONVERSI	ANDREA	07/11/2023	09:30
3	CUTTONE	GIUSEPPE	07/11/2023	09:30
4	DE BLASIIS	ELVIRA	07/11/2023	09:30
5	DE SALVIA	MIRIAM	07/11/2023	09:30
6	GRASSI	MARIANNA	07/11/2023	09:30
7	IEMBO	DOMENICO	07/11/2023	09:30
8	MALAIGIA	ENRICO	07/11/2023	09:30
9	MARTELOTTI	ANGELO	07/11/2023	09:30
10	MAZZA	COSTANTINO	07/11/2023	09:30
11	PIGNONE	DOMENICO	07/11/2023	09:30
12	QUAGLIANO	CONO	07/11/2023	09:30
13	SANTORO	BRUNO	07/11/2023	09:30
14	SENNI	LUCIA	07/11/2023	09:30
15	TOSCANI	CLAUDIA	07/11/2023	09:30

VADEMECUM DEL CONCORRENTE

1. **CUSTODIA BENI PERSONALI** I beni personali **non devono** essere lasciati incustoditi, l'**A.D.** non risponde dell'incuria del singolo Candidato che, con la presente si assume ogni responsabilità per la custodia degli stessi e contestualmente solleva l'**A.D.** da ogni responsabilità. Si consiglia di contenere i beni personale allo stretto necessario (documento d'identità, documenti previsti dal bando concorsuale).

Per quanto sopra, per i soli candidati che devono sostenere le prove fisiche, è ammesso portare al seguito uno zainetto/sacca di dimensioni contenute (**L 19; H 23; P40**) con all'interno una maglia di ricambio e salviette igieniche.

2. **ATTIVITA' DI RICEZIONE E CONTROLLO DEI CANDIDATI**

Ogni concorrente convocato presso il Centro di Selezione e Reclutamento Nazionale dell'Esercito per sostenere le prove di efficienza fisica, i test attitudinali e gli accertamenti sanitari, è accolto dal personale militare preposto ed accompagnato dallo stesso - all'interno della caserma - durante l'*iter* selettivo previsto dal bando concorsuale.

3. **NORME PER LA VITA ALL'INTERNO DELLA CASERMA**

Sono sancite dalla pubblicazione n. 2938 "Norme per la vita e il servizio interno di caserma", edita dallo Stato Maggiore dell'Esercito. Di seguito, si riportano le principali indicazioni alle quali il concorrente dovrà attenersi durante la permanenza presso il C.S.R.N.E.

Al concorrente è chiesto di:

- tenere un comportamento uniformato alla buona educazione e al rispetto della dignità altrui;
- rispettare l'ambiente, le infrastrutture dell'A.D.;
- custodire/riconsegnare i materiali messi a disposizione dall'A.D.;
- osservare quanto richiesto dal personale che, ad ogni buon conto, opera presso la struttura;
- rispettare le predisposizioni di sicurezza poste in atto;
- attenersi scrupolosamente agli orari indicati;
- non effettuare foto o riprese audio/video all'interno della caserma;
- **limitare l'uso di apparati ricetrasmittenti e telefonici esclusivamente nelle aree di attesa delle notifiche;**
- non fumare nei luoghi ove è vietato, durante i movimenti evitando di gettare a terra i mozziconi di sigarette

4. **SERVIZI A DISPOSIZIONE DEL CANDIDATO**

E' possibile fruire della mensa di servizio a titolo oneroso e/o a titolo gratuito per i concorsi che lo prevedono. Inoltre, all'interno della caserma sono presenti alcuni distributori automatici di *snack* e bevande funzionanti con moneta.

5. **INFORMAZIONI PER LA GESTIONE DELLE SITUAZIONI D'EMERGENZA**

Al fine di fronteggiare le eventuali situazioni di emergenza, il concorrente deve:

- prendere visione delle piante dei locali dove staziona per individuare le vie di esodo e il punto di raccolta di zona;
- in assenza del militare addetto al gruppo, allertare il Corpo di guardia, che si trova all'ingresso principale, anche telefonando al numero di rete telefonica interna 0202 oppure al numero di telefono di rete commerciale 0742/350957 e fornire le informazioni circa il tipo di emergenza in atto (sanitaria, incendio, ecc.);
- in caso di terremoto, ripararsi immediatamente sotto tavoli o banchi. Evitare di stazionare presso finestre o porte a vetri. Non usare le scale fino a quando il fenomeno sismico non sia terminato;
- in caso di evacuazione dagli edifici, recarsi presso i punti di raccolta secondo le indicazioni del Capo gruppo e rimanervi a disposizione (punti di raccolta: piazzale dell'alzabandiera e centro degli impianti sportivi);
- fare comunque sempre riferimento al Capo gruppo deputato al controllo (in possesso dell'elenco del personale).

6. **UNIFORME**

I *concorrenti militari* devono indossare l'**uniforme di servizio**.

I *concorrenti non in servizio* devono indossare un **abbigliamento consono** al luogo e decoroso.

7. **INFORMAZIONI IGIENICO-SANITARIE**

Rispettare le disposizioni previste dalle norme in vigore, in particolare, accedere in caserma solo se non si accusano sintomi simil-influenzali, in caso diverso avvisare preventivamente le autorità militari.

INDICARE: COGNOME _____ NOME _____

PROPRIO RECAPITO TELEFONICO/CELLULLARE

per accettazione
FIRMA DEL CANDIDATO

solo nel di caso di candidati minorenni
per presa visione
FIRMA DEL GENITORE/TUTORE



CENTRO DI SELEZIONE E RECLUTAMENTO NAZIONALE DELL'ESERCITO

Ufficio Selezione Psicofisiologica

Dichiarazione anamnestica generale

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 _____



CENTRO DI SELEZIONE E RECLUTAMENTO NAZIONALE DELL'ESERCITO

Ufficio Selezione Psicofisiologica

Dichiarazione relativa all'applicazione di tatuaggi (personale maschile)

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

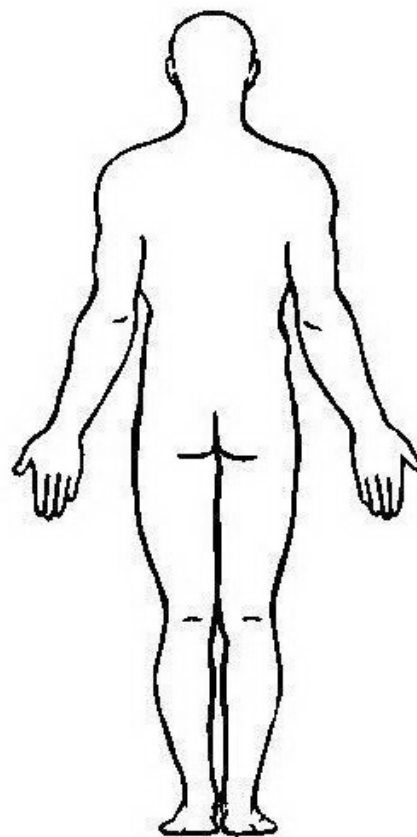
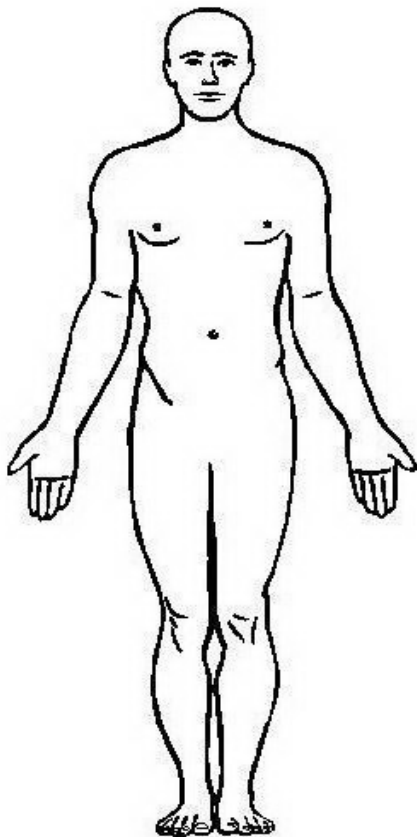
Luogo e data di nascita

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



CENTRO DI SELEZIONE E RECLUTAMENTO NAZIONALE DELL'ESERCITO

Ufficio Selezione Psicofisiologica

Dichiarazione relativa all'applicazione di tatuaggi (personale femminile)

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

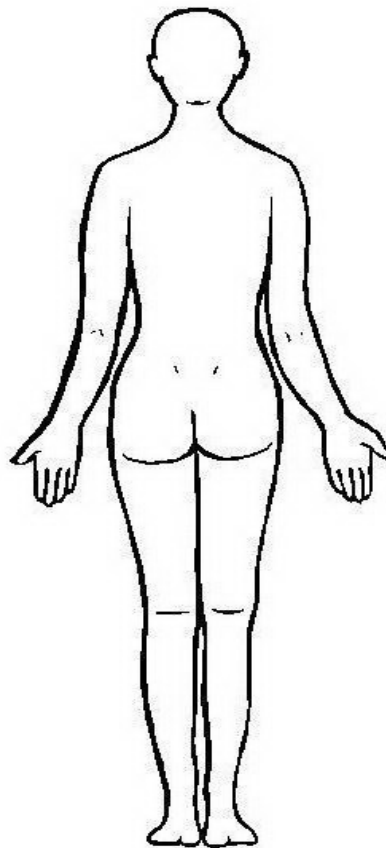
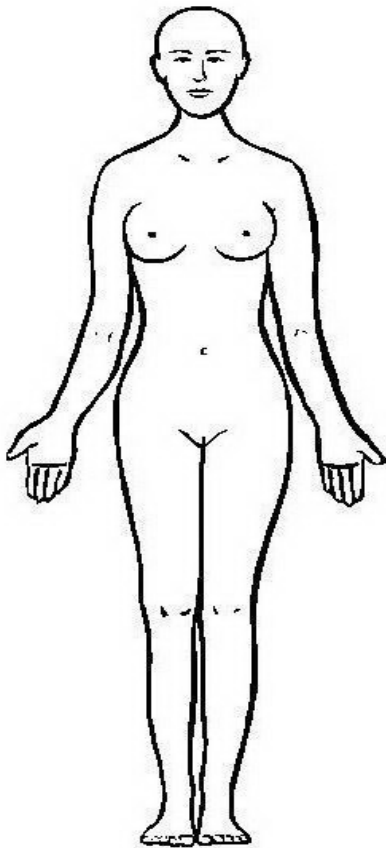
Luogo e data di nascita

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



**CENTRO DI SELEZIONE E RECLUTAMENTO
NAZIONALE DELL'ESERCITO**

Ufficio Selezione Psicofisiologica

Dichiarazione di consenso informato all'effettuazione della B.I.A..

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ (_____)

Dichiara di essere stato reso consapevole che, nell'ambito degli accertamenti psicofisiologici svolti presso il Centro di Selezione e Reclutamento Nazionale dell'Esercito di Foligno, in data ed ora che verrà preventivamente comunicata, sarà sottoposto agli esami di "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 e intenso, nelle ultime 12 ore;
- fornire, a richiesta, ogni dato anamnestico utile all'esecuzione dell'esame.

Luogo e data, _____

Firma del candidato

timbro lineare dell'Ente / Reparto

DICHIARAZIONE MEDICA (1)
(da compilare in carta semplice)

SI DICHIARA

che il _____ (2),
nato a _____, provincia di _____, il _____, in servizio
presso _____, risulta in
possesso della idoneità al servizio militare incondizionato per concorrere alla nomina a Ufficiale in
servizio permanente (3) nel ruolo normale dell'Esercito, accertata sulla base dell'esito delle visite
mediche periodiche annuali, eseguite nell'anno _____, ai sensi della direttiva recante "Il controllo
dell'efficienza operativa del personale dell'Esercito Italiano" edizione 2014 dello Stato Maggiore
dell'Esercito.

_____,
(località)

_____,
(data)

(bollo tondo dell'Ente / Reparto) L'Ufficiale Medico
Dirigente del Servizio Sanitario

^^^^^^^^^^^^^^

Note:

- (1) la presente dichiarazione dovrà essere presentata dai concorrenti in servizio all'atto della convocazione per le prove di efficienza fisica di cui all'art. 13 del bando di concorso
- (2) indicare il grado, l'Arma, il ruolo, il cognome e il nome del concorrente;
- (3) il personale dichiarato inidoneo permanentemente al servizio militare incondizionato in modo parziale, ovvero inidoneo all'impiego nei teatri operativi e/o all'effettuazione delle prove di controllo dell'efficienza operativa prevista nella direttiva n. SMD-FORM 003(B) edizione 2016 dello Stato Maggiore della Difesa, non riunisce i requisiti necessari alla partecipazione al concorso (art. 12, comma 4 del bando di concorso).

CERTIFICATO DEL MEDICO DI FIDUCIA
(di cui all'art. 25 della legge 23.12.1978, n. 833)

Cognome _____ Nome _____
nato a _____ (____) il _____
residente a _____ (____) in Piazza/Via _____ n. _____
Codice Fiscale _____
Documento d'identità: _____ n° _____
rilasciato da _____ in data _____

Sulla base dei dati anamnestici riferiti e di quelli in mio possesso, degli accertamenti eseguiti e dei dati obiettivi rilevati nel corso della visita medica da me effettuata, per quanto riguarda lo stato di salute del mio assistito sopra citato,

ATTESTO QUANTO SEGUE (1)

PATOLOGIE					SPECIFICARE
Manifestazioni emolitiche		In atto	Pregressa	NO	
Gravi manifestazioni immunoallergiche		In atto	Pregressa	NO	
Gravi intolleranze od idiosincrasie a farmaci e/o alimenti.		In atto	Pregressa	NO	
Psichiatriche		In atto	Pregressa	NO	
Neurologiche		In atto	Pregressa	NO	
Apparato cardiocircolatorio		In atto	Pregressa	NO	
Apparato respiratorio		In atto	Pregressa	NO	
Apparato digerente		In atto	Pregressa	NO	
Apparato urogenitale		In atto	Pregressa	NO	
Apparato osteoartromuscolare		In atto	Pregressa	NO	
ORL, Oftalmologiche		In atto	Pregressa	NO	
Sangue ed organi emopoietici		In atto	Pregressa	NO	
Organi endocrini (tiroide, surreni, pancreas, ipofisi)		In atto	Pregressa	NO	
Diabete mellito		SI		NO	
Epilessia		SI		NO	
Uso di sostanze psicotrope e/o stupefacenti		In atto	Pregressa	NO	
Abuso di alcool		In atto	Pregressa	NO	

EVENTUALI ANNOTAZIONI:

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.

Il medico di fiducia

_____, li _____
(luogo del rilascio) (data del rilascio)

(timbro con codice regionale e firma)

NOTA: (1) barrare la voce che interessa e, in caso di patologia in atto o pregressa, specificare la diagnosi.

All'atto della presentazione per gli accertamenti psico-fisici al concorrente verrà chiesto di sottoscrivere la seguente dichiarazione di consenso informato.

Il sottoscritto _____, nato il ____/____/____, a _____, prov. di _____, informato dal presidente della commissione per gli accertamenti psico-fisici (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 dal predetto ufficiale medico ed in ragione di ciò

ACCONSENTE/NON ACCONSENTE (1)

ad essere sottoposto agli accertamenti psico-fisici previsti nel protocollo.

_____, _____
(luogo) (data)

(firma leggibile)

NOTA: (1) cancellare la voce che non interessa.

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 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. 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. 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 sanitari eseguiti in data _____.

Luogo e data _____

L'Ufficiale medico

(timbro e firma)

NOTA ESPLICATIVA:

- la presente dichiarazione è compilata a cura dell'Ufficiale medico che ha eseguito la visita;
- l'originale della medesima dichiarazione deve essere conservato nella documentazione personale dell'interessato;
- le copie della presente e del certificato rilasciato dal proprio medico di fiducia (Allegato E del bando), devono essere conservate negli archivi della struttura sanitaria e annotate nel Libretto Sanitario individuale o documento elettronico equivalente;
- il trattamento dei dati sensibili di cui sopra sarà effettuato nel rispetto del D.Lgs. 196/2003.

INFORMATIVA RIGUARDANTE LE INDAGINI RADIOLOGICHE

Gli esami radiologici, utilizzando radiazioni ionizzanti (dette comunemente raggi x), sono potenzialmente dannosi per l'organismo (per 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

(art. 169 del Decreto Legislativo 31 luglio 2020, n. 101)

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 a 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)