

CONSENSO DEI GENITORI O DEL GENITORE ESERCENTE L'ESCLUSIVA  
POTESTÀ GENITORIALE PER L'ASSUNZIONE DEL MINORE NELLA  
POLIZIA DI STATO <sup>(1)</sup>

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(Cognome) (Nome)

in qualità di: padre  tutore del minore

e la sottoscritta \_\_\_\_\_ nata il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(Cognome) (Nome)

in qualità di: madre  tutrice del minore

esercenti la potestà genitoriale o la tutela legale

del minore \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(Cognome) (Nome)

a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),

via/piazza \_\_\_\_\_,

**Esprimono/esprime, per il minore suindicato, il proprio consenso:**

- 1) alla partecipazione al concorso pubblico, per titoli, per l'assunzione di **2 atleti** da assegnare ai gruppi sportivi della Polizia di Stato "Sezione paralimpica Fiamme Oro", che saranno inquadrati nei ruoli del personale della Polizia di Stato che svolge attività tecnico-scientifica o tecnica, con la qualifica di agente tecnico, indetto con decreto del Capo della Polizia – Direttore generale della pubblica sicurezza del 16 febbraio 2024;
- 2) agli accertamenti psico-fisici ed attitudinali prescritti dal bando;
- 3) all'assunzione nei ruoli della Polizia di Stato.

Si allegano copie fronte/retro dei propri documenti di identità, compreso quello del minore.

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Padre del minore /tutore legale**

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

**Madre del minore /tutrice legale**

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

Il minore \_\_\_\_\_ esprime la propria volontà a  
(Cognome) (Nome)  
partecipare al suddetto concorso.

**Il minore**

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

**NOTE**

<sup>(1)</sup> Il consenso deve essere espresso da entrambi i genitori o dal genitore esercente l'esclusiva potestà genitoriale o, in mancanza di essi, dal tutore.

Il candidato minorenni privo della presente autorizzazione **NON** sarà ammesso al concorso.

## Concorso per 2 atleti da assegnare ai gruppi sportivi della Polizia di Stato “Sezione paralimpica Fiamme Oro”

decreto del Capo della Polizia – Direttore generale della pubblica sicurezza del 16 febbraio 2024.

(Timbro/Intestazione Comitato Italiano Paralimpico)
---

Nr. protocollo \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### IL COMITATO ITALIANO PARALIMPICO

nella persona di \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_,  
(Cognome) (Nome) (carica)

#### CERTIFICA CHE:

L'atleta \_\_\_\_\_  
(Cognome) (Nome)  
 nato/a a \_\_\_\_\_ prov. di \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ :

1)  **è attualmente riconosciuto** da questo Comitato come “ATLETA D'INTERESSE NAZIONALE E PARALIMPICO” nella disciplina \_\_\_\_\_.

**Non è attualmente riconosciuto** da questo Comitato come “ATLETA D'INTERESSE NAZIONALE E PARALIMPICO” nella disciplina \_\_\_\_\_.

2) ha conseguito, nel periodo dal **19/02/2022** al **20/03/2024**, in competizioni sportive relative od equiparabili a:

- |   |   |
|---|---|
| 1. <b>Paraolimpiadi</b>                     | 4. <b>Campionati Europei</b>                                |
| 2. <b>Campionati Mondiali</b>               | 5. <b>Prove di Coppa del Mondo</b>                          |
| 3. <b>Classifica finale Coppa del Mondo</b> | 6. <b>Campionati italiani Assoluti (dal 1° al 3° posto)</b> |

i seguenti risultati sportivi nella disciplina per cui l'atleta **è riconosciuto d'interesse nazionale e paralimpico:**

Data	Luogo	Competizione	Gara	Categoria disabilità	Risultato conseguito



**Certificato anamnestico da compilare a cura del medico curante  
ai sensi dell'art. 25 della legge 23 dicembre 1978, n. 833**

**Allegato 3**

**Si certificano i seguenti dati anamnestici relativi a:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ ( )

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Tipo documento \_\_\_\_\_

Numero \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

(barrare la voce interessata)

Sussistono patologie dell'apparato cardiocircolatorio NO SI  
Se SI quali? \_\_\_\_\_

Sussiste diabete? NO SI  
Se SI specificare trattamento \_\_\_\_\_

Sussistono patologie della tiroide/surreni/pancreas/ipofisi? NO SI  
Se SI quali? \_\_\_\_\_

Sussistono turbe e/o patologie psichiche già note? NO SI  
Se SI quali? \_\_\_\_\_

Soffre di patologie neurologiche? NO SI  
Se SI quali? \_\_\_\_\_

Hai mai avuto crisi epilettiche (o convulsioni)? NO SI  
Se SI indicare la data dell'ultima crisi e la terapia eseguita \_\_\_\_\_

Assume o ha assunto farmaci psicotropi (ad es. antidepressivi, tranquillanti, barbiturici, altro)? NO SI  
Se SI quali? \_\_\_\_\_

Fa uso o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti NO SI  
Se SI di che tipo? \_\_\_\_\_

Sussistono malattie del sangue? NO SI  
Se SI quali? \_\_\_\_\_

Sussistono malattie dell'apparato urogenitale? NO SI  
Se SI quali? \_\_\_\_\_

Sussistono malattie e/o alterazioni dell'apparato visivo che comportino l'uso di occhiali da vista  
o lenti a contatto? NO SI  
Se SI quali? \_\_\_\_\_

**Elencare eventuali condizioni morbose pregresse:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Il/La sottoscritto/a afferma di aver fornito al proprio medico dichiarazione veritiera in merito ai dati anamnestici di cui sopra, consapevole delle sanzioni a cui va incontro in caso di infedele dichiarazione.**

**Firma dell'interessato/a**

\_\_\_\_\_

**Firma del Medico di fiducia e codice regionale  
(Nome e Cognome, timbro)**

\_\_\_\_\_

Luogo e data, \_\_\_\_\_



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E/O DICHIARAZIONE  
SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' DI COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE  
(artt. 19, 46 e 47 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

IDdomanda \_\_\_\_\_, Tel. Cell. \_\_\_\_\_.

in merito al concorso pubblico per titoli, al concorso pubblico, per titoli, per l'assunzione di **2 atleti** da assegnare ai gruppi sportivi della Polizia di Stato "Sezione paralimpica Fiamme Oro", consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti (art. 76 del d.P.R. n. 445/2000):

**DICHIARA**

di possedere il/i titolo/titoli di preferenza compatibile/i di cui all'articolo 5, comma 4, del decreto del Presidente della Repubblica 9 maggio 1994, n. 487, nonché dall'articolo 73, comma 14, del decreto legge 21 giugno 2013, n. 69, convertito in legge 20 agosto 2013, n. 98, **già indicato/i nella domanda di partecipazione al concorso.**

Il/la sottoscritto/a, in relazione alle categorie già indicate in domanda, dichiara, altresì, che la natura dei provvedimenti che danno diritto alla preferenza sono i seguenti:

natura del provvedimento di concessione: .....

Ente che lo ha rilasciato: .....

indirizzo .....

data e luogo del rilascio:.....

grado di parentela con il titolare della concessione .....

cognome, nome, luogo e data di nascita del titolare della concessione: .....

*(indicare la natura dell'attestazione o del provvedimento di concessione e gli estremi dell'atto, Ente e/o Dirigente che ha rilasciato la relativa attestazione/provvedimento)*

Allego copia dell'atto e dichiaro, altresì, che è conforme all'originale in mio possesso.

Non allego copia dell'atto.

**Attestato di "lodevole servizio"** prestato presso .....

Sito in.....Prov.(...)  
 indirizzo.....  
 nel periodo compreso dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ al \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 data e luogo del rilascio: .....

*(indicare l'Amministrazione presso cui si è prestato il lodevole servizio, il periodo di riferimento, gli estremi dell'atto, Ente e/o Dirigente che ha rilasciato la relativa formale attestazione)*

Allego copia dell'atto e dichiaro, altresì, che è conforme all'originale in mio possesso.  
 Non allego copia dell'atto.

**Attestazione di “Militare volontario delle Forze Armate congedato senza demerito al termine della ferma o rafferma”** rilasciata da:  
 .....

Forza Armata: .....

Grado militare: .....

Durata periodo di ferma o rafferma: dal ..... al .....

*(indicare la Forza Armata dove ha prestato la ferma, il periodo di riferimento, il grado militare, gli estremi dell'atto e il Comando/Ente/ Dirigente che ha rilasciato la relativa formale attestazione)*

Allego copia dell'atto e dichiaro, altresì, che è conforme all'originale in mio possesso.  
 Non allego copia dell'atto.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver **indicato nella domanda di partecipazione al concorso** il/i seguente/i figlio/i a carico di cui fornisco generalità :

-cognome e nome .....  
 luogo e data nascita .....Prov (.....) il, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

-cognome e nome .....  
 luogo e data nascita .....Prov (.....) il, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

-cognome e nome .....  
 luogo e data nascita .....Prov (.....) il, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

-cognome e nome .....  
 luogo e data nascita .....Prov (.....) il, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

-cognome e nome .....  
 luogo e data nascita .....Prov (.....) il, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Attestato di “atleta che ha intrattenuto rapporti di lavoro sportivo con il gruppo sportivo militare/corpo civile dello Stato”** prestato presso.....

Sito in.....Prov.(...)

indirizzo.....

nel periodo compreso dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ al \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

data e luogo del rilascio: .....

*(indicare l'Amministrazione con la quale ha intrattenuto rapporti di lavoro sportivo, il periodo di riferimento, gli estremi dell'atto, gruppo sportivo militare e/o corpo civile dello Stato che ha rilasciato la relativa formale attestazione)*

Allego copia dell'atto e dichiaro, altresì, che è conforme all'originale in mio possesso.

Non allego copia dell'atto.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

- **Allegare:** copia in PDF della documentazione indicata se in possesso dell'originale;  
copia in PDF fronte/retro del documento di identità.

*N.B. (In caso non siano sufficienti i campi precompilati potrà essere utilizzato un secondo modulo)*