

**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 **3 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 24 settembre 2026;
- 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 3 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 24 settembre 2026.

(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 **28/09/2024** al **28/10/2026**, in competizioni sportive relative od equiparabili a:

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

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 |
|------|-------|--------------|------|----------------------|----------------------|
|      |       |              |      |                      |                      |
|      |       |              |      |                      |                      |
|      |       |              |      |                      |                      |
|      |       |              |      |                      |                      |
|      |       |              |      |                      |                      |
|      |       |              |      |                      |                      |
|      |       |              |      |                      |                      |
|      |       |              |      |                      |                      |
|      |       |              |      |                      |                      |
|      |       |              |      |                      |                      |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*Eventuali annotazioni del Comitato Italiano Paralimpico:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Il Comitato Italiano Paralimpico (Timbro e Firma)**

\_\_\_\_\_

**FIRMA DELL'ATLETA**  
*Per presa visione e conferma*

\_\_\_\_\_

**Legenda per la compilazione del modello:**

- Il modello dovrà essere compilato a cura del Comitato Italiano Paralimpico per la disciplina per cui l'atleta concorre, e dovrà essere firmato dal Presidente o dal Segretario Generale del Comitato nonché protocollato o registrato agli atti della stessa al fine di poterne accertare l'autenticità.
- al punto 1 sarà indicato il riconoscimento di atleta "di interesse nazionale e paralimpico" requisito essenziale per la partecipazione al concorso, ovvero la mancanza dello stesso barrando la relativa casella.
- al punto 2 saranno indicate le prestazioni sportive dell'atleta, conseguite nelle competizioni specificate allo stesso punto 2, indicando la data, il luogo, la competizione (es. Camp. Mondiali, Camp. Italiano ecc.), la gara (es. 100 mt. Stile libero, 110 mt. Ostacoli, ecc), la categoria di disabilità e la posizione nella classifica finale della gara;

***I campi non compilati del modello andranno barrati qualora non utilizzati, ovvero integrati con ulteriori moduli qualora insufficienti.***

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

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 SÌ quali? \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Ha mai avuto crisi epilettiche (o convulsioni)? NO SI  
Se SÌ, 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 SÌ quali? \_\_\_\_\_

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

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

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

Sussistono malattie infettive trasmissibili/contagiose in atto e/o a decorso cronico-evolutivo? NO SI  
Se SÌ quali? \_\_\_\_\_

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

**Elencare eventuali condizioni morbose pregresse<sup>1</sup>:**

**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**

**Timbro e Firma del Medico di fiducia e codice regionale**

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

<sup>1</sup> In ottemperanza a quanto previsto dall'articolo 4, comma 1, della Legge 7 dicembre 2023, n.193 e dal decreto del Ministro della salute 22 marzo 2024, **non devono essere fornite informazioni** relative allo stato di salute concernenti patologie oncologiche da cui il candidato sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso senza episodi di recidiva nei termini stabiliti dall'allegato 1 al decreto ministeriale sopra indicato.



**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 **3 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)*