



Questionario sullo stato di salute per l'assunzione alle dipendenze dell'Amministrazione comunale del Comune di Airolo

Il Regolamento organico dei dipendenti del Comune di Airolo (ROD) prevede, fra i requisiti per l'assunzione presso l'Amministrazione comunale, l'idoneità fisica sana ai fini di esercitare la funzione.

Il rapporto di fiducia che l'Amministrazione comunale desidera instaurare con ogni suo/a dipendente comincia dall'assunzione; in quest'ottica la presente autocertificazione (compilata dal/la candidato/a) ha lo scopo di informare il datore di lavoro su eventuali ostacoli/limitazioni per lo svolgimento corretto delle mansioni previste per la funzione per la quale ci si candida, legati alla salute.

Se la persona firmataria ha sottaciuto un infortunio e/o malattia esistente o precedente, soggetto/a a ricadute e/o con conseguenze sull'attività prevista, oppure di essere a beneficio o di aver fatto richiesta di prestazioni (rendita o provvedimenti professionali) da parte dell'assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortunio/malattia o previdenza professionale (LPP), essa si rende colpevole di reticenza e l'Amministrazione comunale è liberata da ogni obbligo.

Una falsa dichiarazione sullo stato di salute può giustificare, sentito il preavviso del medico del personale, l'annullamento dell'assunzione, della nomina o del cambio di funzione.

Tutte le informazioni che figurano nel questionario vengono trattate in modo confidenziale.

GENERALITÀ

Nome	_____
Cognome	_____
Ev. Cognome da nubile	_____
Data di nascita	_____
Professione	_____
Indirizzo	_____
NAP e Domicilio	_____
Numero di telefono	_____
E-mail	_____
Candidato/a alla funzione di	_____

DOMANDE

1. È affetto/a o è stato/a affetto/a da uno o più disturbi della salute come da elenco sottostante oppure soffre delle conseguenze di un infortunio, di una malattia o di un vizio congenito? Sì No

2. È a beneficio o ha fatto richiesta di prestazioni (rendita o provvedimenti professionali) da parte dell'assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortunio/malattia o previdenza professionale (LPP)? Sì No

EVENTUALI OSSERVAZIONI

.....
.....
.....
.....

Luogo e data **Firma autografa**

Elenco dei disturbi alla salute che richiedono una risposta affermativa alla domanda 1

(N.B.: non sottolineare la patologia di cui si è affetti o stati affetti)

- Artrosi o altri problemi alle articolazioni, disturbi della colonna vertebrale, ernia del disco, sciatica, reumatismi, gotta, eventuali altri problemi rilevanti dell'apparato locomotivo
- Pressione arteriosa alta nonostante l'assunzione di terapia medicamentosa, affezioni venose o arteriose, problemi cardiaci (malattia coronarica, infarto, difetto di valvole, altro)
- Emicrania severa, epilessia, paralisi o altra malattia neurologica grave, sclerosi multipla, colpo apoplettico (ictus), diminuzione della vista e dell'udito non interamente corretta
- Disturbi o malattie psichiche (depressione, ansia, fobie, schizofrenia, altro)
- Diabete mellito, disturbi alla tiroide o altre ghiandole
- Malattie infettive con decorso prolungato (p.es epatite cronica, AIDS, tubercolosi)
- Malattie croniche del sangue o del sistema linfatico, cancro
- Malattie croniche dei reni, insufficienza renale
- Malattie croniche delle vie respiratorie (asma, broncopatia cronica ostruttiva, enfisema, altro)
- Malattie croniche dell'apparato digestivo (colite ulcerosa, morbo di Crohn, malattie croniche del fegato o del pancreas, altro)
- Alcolismo o altre tossicomanie (droghe, medicinali)
- Sequele di malattie e/o infortuni non elencati in precedenza e/o eventuali altre malattie con decorso prolungato o cronico