**Questionario relativo allo stato di salute per l’assunzione
alle dipendenze del Comune di Breggia**

Il rapporto di fiducia che il Comune desidera costruire con ogni collaboratore/collaboratrice comincia con l'assunzione. La presente autocertificazione (compilata in stampatello dal/la candidato/a) ha lo scopo di rendere attento il datore di lavoro su eventuali ostacoli per lo svolgimento corretto del proprio lavoro, legati alla sua salute.

Se la persona firmataria ha sottaciuto una malattia esistente o una malattia precedente soggetta a ricadute, essa si rende colpevole di reticenza e il Comune è liberato da ogni obbligo.

**Una falsa dichiarazione può giustificare l’annullamento dell’assunzione**

**o della nomina.**

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

|  |
| --- |
| **Concorso** |

|  |  |
| --- | --- |
| Per la funzione di |  |

|  |
| --- |
| **Generalità** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome |  |
| Cognome |  |
| Ev. cognome da nubile |  |
| Stato civile |  |
| Professione attuale |  |
| Data di nascita |  |
| Indirizzo |  |
| NAP e Domicilio |  |
| Telefono |  |

|  |
| --- |
| **Questionario** |
|  |  |  |  |
| 1. | Attualmente è affetto/a da disturbi alla salute oppure soffre delle conseguenze di un infortunio, di una malattia o di un vizio congenito che potrebbe diminuire durevolmente la sua capacità lavorativa?  | Sì [ ]  | No [ ]  |
| 2. | È affetto/a o è stato/a affetto/a negli ultimi 10 anni da una delle seguenti malattie:artrosi, asma, emicrania, ulcera, gotta, infarto, pressione troppo alta, affezioni venose o arteriose, cancro, sclerosi multipla, epilessia, paralisi o altra malattia neurologica grave, diminuzione della vista o dell’udito non interamente corretta, calcoli renali, depressione, disturbi o malattie psichiche, reumatismi, disturbi della tiroide o altre ghiandole, colpo apoplettico (ictus), disturbi alla colonna vertebrale, sciatica, ernia del disco, diabete tubercolosi, AIDS, oppure altre malattie che potrebbero, secondo lei, pregiudicare la sua abilità lavorativa. | Sì [ ]  | No [ ]  |
| 3. | Prevede di sottoporsi prossimamente a un’operazione, di essere ricoverato/a in un ospedale o istituto di cura? | Sì [ ]  | No [ ]  |
| 4. | Negli ultimi 2 anni ha dovuto interrompere totalmente o parzialmente il lavoro per un periodo superiore a 2 settimane? | Sì [ ]  | No [ ]  |
| 5. | È stato/a sottoposto/a a speciali esami medici (radiografie, ECG, esami delle urine e del sangue o altri esami specifici) il cui risultato fa presumere una sua inabilità lavorativa in futuro? | Sì [ ]  | No [ ]  |
| 6. | È al beneficio o ha fatto richiesta di una rendita per un problema medico o chirurgico (assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortunio, cassa pensione)? | Sì [ ]  | No [ ]  |
| 7. | Soffre o ha sofferto di alcolismo o di altre tossicomanie (droghe, medicamenti)? | Sì [ ]  | No [ ]  |

Eventuali osservazioni:

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

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo e data: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Firma autografa: |  |