



Questionario sullo stato di salute per l'assunzione alle dipendenze del Comune di Capriasca

Il Municipio desidera costruire con tutti i suoi dipendenti un solido rapporto di fiducia. In quest'ottica la presente autocertificazione (compilata dal candidato) ha lo scopo di rendere attento il datore di lavoro su eventuali ostacoli per lo svolgimento corretto del proprio lavoro, legati alla salute. L'assunzione può essere subordinata all'esito di una visita eseguita dal medico di fiducia del Municipio come pure da un eventuale esame delle capacità e delle attitudini (art. 6 cpv. 3 del Regolamento organico dei dipendenti).

Se la persona firmataria ha sottaciuto una malattia esistente, una malattia precedente soggetta a ricadute oppure di essere a beneficio o aver fatto richiesta di prestazioni (rendita o provvedimenti professionali) da parte dell'assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortunio o cassa pensione, essa si rende colpevole di reticenza ed il Comune è liberato da ogni obbligo contrattuale.

Una falsa dichiarazione di salute può giustificare, sentito il medico di fiducia, l'annullamento dell'assunzione o della nomina.

Concorso

Per la funzione di _____

Generalità

Nome:	_____
Cognome:	_____
Data di nascita:	_____
Stato civile:	_____
Indirizzo:	_____
Telefono:	_____
Email:	_____



- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. È affetto/a o è stato/a affetto/a negli ultimi 10 anni 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. È a beneficio o ha fatto richiesta di prestazioni (rendita o provvedimenti professionali) da parte dell'assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortunio o cassa pensione? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Eventuali osservazioni:

Luogo e data: _____ Firma: _____

Tutte le informazioni saranno trattate confidenzialmente ed esclusivamente per lo scopo previsto.

Il presente modulo debitamente compilato e sottoscritto deve essere accluso alla documentazione presentata per il posto a concorso.

Elenco dei disturbi alla salute che richiedono una risposta affermativa alla prima domanda **(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 locomotorio;
- Pressione arteriosa alta nonostante l'assunzione di terapia medicamentosa, affezioni venose o arteriose, problemi cardiaci (malattia coronarica, infarto, difetto di valvole, altro);
- Eemicrania 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, M. di Crohn, malattie croniche del fegato o del pancreas, altro);
- Alcoolismo o altre tossicomanie (droghe, medicinali);
- Eventuali altre malattie con decorso prolungato o cronico.