



## Questionario sullo stato di salute per l'assunzione di personale alle dipendenze del Comune di Melano

- Il regolamento che disciplina l'impiego dei dipendenti comunali sancisce che il candidato all'assunzione presso l'amministrazione comunale presenti un certificato di buona salute.
- La presente autocertificazione (compilata dal/la candidato/a) ha lo scopo di rendere attento il datore di lavoro su eventuali ostacoli legati alla salute del/la candidato/a che potrebbero influenzare lo svolgimento corretto del lavoro. La conferma dell'assunzione potrebbe inoltre essere subordinata ad una visita medica di controllo da parte di un medico di fiducia del Comune.
- Nel caso la persona firmataria taccia una malattia esistente o una malattia precedente soggetta a ricadute, si rende colpevole di reticenza e il Comune di Melano è liberato da ogni obbligo nei suoi confronti.

**Una falsa dichiarazione di salute può giustificare, sentito il preavviso del medico fiduciario, l'annullamento dell'assunzione o della nomina.  
Tutte le informazioni che figurano nel presente questionario saranno trattate in modo confidenziale.**

### Concorso / Incarico / Assunzione

Per la  
funzione di \_\_\_\_\_

### Generalità del/la candidato/a

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Cognome da nubile \_\_\_\_\_

Indirizzo, via \_\_\_\_\_

Luogo di domicilio/dimora \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_

Professione attuale \_\_\_\_\_

Datore di lavoro attuale \_\_\_\_\_

N. telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

## Questionario

- |  | si                       | no                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 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 potrebbero diminuire durevolmente la sua capacità lavorativa?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. È affetto/a o è stato/a affetto/a negli ultimi 10 anni da una delle seguenti malattie:<br>artrosi, asma, emicrania, ulcera, gotta, infarto, pressione troppo alta<br>affezioni venose o arteriose, cancro, sclerosi multipla, epilessia, paralisi<br>o altra malattia neurologica grave, diminuzione della vista o dell'udito<br>non interamente corretta, calcoli renali, depressione, disturbi o<br>malattie psichiche, reumatismi, disturbi della tiroide o altre ghiandole,<br>colpo apoplettico (ictus), disturbi alla colonna vertebrale, sciatica, ernia<br>del disco, diabete tubercolosi, AIDS, oppure altre malattie che<br>potrebbero, secondo lei, pregiudicare la sua abilità lavorativa?<br>Se sì, specificare: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/>  |                          |                          |
| 3. Prevede di sottoporsi prossimamente a un'operazione, di essere ricoverato in un ospedale o istituto di cura?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Negli ultimi 2 anni ha dovuto interrompere totalmente o parzialmente il lavoro per un periodo superiore a 2 settimane?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. È stato/a sottoposto/a a speciali esami medici (radiografie, ECG, esami dell'urina e del sangue o altri esami specifici) che fanno presumere una sua inabilità lavorativa in futuro?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Soffre o ha sofferto di alcolismo o di altre tossicomanie (droghe, medicinali)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Osservazioni

---

---

---

---

Dichiaro di avere risposto in modo completo e veritiero alle precedenti domande.

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