



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:
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?
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 _____