



Municipio di S. Antonino

Via Municipio 10, 6592 S. Antonino

Tel. 091 850 20 90 cancelleria@santonino.ch

Fax 091 850 20 99 <http://www.santonino.ch>

Ccp 65-791-4

Questionario sullo stato di salute per l'assunzione alle dipendenze del Comune di S. Antonino

Il bando di concorso per l'assunzione dei dipendenti dell'Amministrazione Comunale di S. Antonino prevede che il candidato/a presenti un certificato di buona salute. Per semplificare le formalità dei candidati si è ritenuto opportuno di autorizzare la presentazione di questa autocertificazione. In caso di assunzione potrebbe essere subordinata a una visita medica di controllo da parte di un medico fiduciario.

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 e il Comune è liberato da ogni obbligo.

Una falsa dichiarazione di salute può giustificare, sentito il Medico del personale, 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 _____

1. E' 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"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
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"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

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 locomotorio
- 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 digerente (colite ulcerosa, M. di Crohn, malattie croniche del fegato o del pancreas, altro)
- Alcolismo o altre tossicomanie (droghe, medicinali)
- Eventuali altre malattie con decorso prolungato o cronico