



## COMUNE DI ARBEDO - CASTIONE CANCELLERIA COMUNALE

TEL. 091 820 11 40 - FAX 091 820 11 50 Casella postale 160 – 6517 Arbedo  
E-mail: [comune@arbedocastione.ch](mailto:comune@arbedocastione.ch) Sito: [www.arbedocastione.ch](http://www.arbedocastione.ch)

### Questionario sullo stato di salute per l'assunzione

Il Regolamento organico, che disciplina l'impiego dei dipendenti comunali, stabilisce che il candidato all'assunzione, presenti un certificato di buona salute.

Il rapporto di fiducia che il Comune desidera costruire con ogni suo dipendente incomincia all'assunzione. In questo senso la presente autocertificazione (compilata dal candidato) ha lo scopo di segnalare al datore di lavoro eventuali ostacoli per lo svolgimento corretto del proprio lavoro, conseguenti allo stato di salute.

Si precisa comunque che nel caso in cui la persona firmataria di questo documento sottace problemi di salute esistenti o una malattia precedente, soggetta a ricadute, si rende colpevole di reticenza e il Comune è liberato da ogni obbligo nei suoi confronti.

**Si rammenta infine che la conferma dell'assunzione potrebbe essere subordinata ad una visita medica di controllo da parte di un medico fiduciario.**

**Una falsa dichiarazione di salute può inoltre giustificare l'annullamento dell'assunzione o della nomina.**

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

#### CONCORSO

Per la funzione di .....

#### GENERALITÀ

Cognome .....

Nome .....

Ev. cognome da nubile .....

Stato civile .....

Professione attuale .....

Data di nascita .....

Indirizzo .....

Nap e Domicilio .....

Telefono .....



## COMUNE DI ARBEDO - CASTIONE CANCELLERIA COMUNALE

TEL. 091 820 11 40 - FAX 091 820 11 50 Casella postale 160 – 6517 Arbedo  
E-mail: [comune@arbedocastione.ch](mailto:comune@arbedocastione.ch) Sito: [www.arbedocastione.ch](http://www.arbedocastione.ch)

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?  Sì  No

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 od arteriose, cancro, sclerosi multipla, epilessia, paralisi od altra malattia neurologica grave, diminuzione della vista o dell'udito non interamente corretta, calcoli renali, depressione, disturbi o malattie psichiche, reumatismi, disturbi alla tiroide od 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

Prevede di sottoporsi prossimamente ad un'operazione, di essere ricoverato in un ospedale od istituto di cura?  Sì  No

Negli ultimi 2 anni ha dovuto interrompere totalmente o parzialmente il lavoro per un periodo superiore a 2 settimane?  Sì  No

È stato/a sottoposto/a a speciali esami medici (radiografie, ECG, esami dell'urina e del sangue od altri esami specifici), che fanno presupporre una sua inabilità lavorativa in futuro?  Sì  No

È a beneficio o ha fatto richiesta di una rendita per un problema medico o chirurgico (assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortunio, cassa pensione)?  Sì  No

Soffre o ha sofferto di alcoolismo o di altre tossicomanie (droghe, medicinali)?  Sì  No

Eventuali osservazioni.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Luogo e data .....

Firma .....