Municipio
Piazza Don Gottardo Zurini 2
6652 Tegna

segretario@pedemonte.ch

COMUNE DI
TERRE DI PEDEMONTE
TEGNA – VERSCIO – CAVIGLIANO

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

Il Regolamento Organico dei Dipendenti (art. 7 cpv. 3) sancisce che l'assunzione di un dipendente 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.
Il rapporto di fiducia che il Comune desidera costruire con ogni suo dipendente comincia all'assunzione; in questo senso 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. Come indicato precedentemente, la conferma di assunzione potrebbe comunque essere subordinata ad una visita medica di controllo da parte del medico di fiducia del Municipio.

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 di fiducia del Municipio, 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 e Cognome: ……

ev. Cognome da nubile: ……

Stato civile: ……

Professione: ……

Data di nascita: ……

Indirizzo: ……

NAP e domicilio: ……

Telefono: ……

Municipio
Piazza Don Gottardo Zurini 2
6652 Tegna

segretario@pedemonte.ch

COMUNE DI
TERRE DI PEDEMONTE
TEGNA – VERSCIO – CAVIGLIANO

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?

   Si * ☐ No ☐

2. E' a beneficio o ha fatto richiesta di prestazioni (rendita o provvedimenti professionali) da parte dell'assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortunio o cassa pensione?

   Si ☐ No ☐

Luogo e data: …… Firma autografa: ……..……

****

* Elenco dei disturbi alla salute che richiedono una risposta affermativa alla **<u>domanda 1</u>**
(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, corpo apoplettico (ictus), diminuzione della vista e dell'udito non interamente corretta;
- Disturbi o malattia 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, medicamenti);
- Eventuali altre malattie con decorso prolungato o cronico.