Comune
di
Collina d'Oro

**Ufficio
del personale**

T 091 986 46 46
ufficiopersonale@collinadoro.swiss
www.collinadoro.swiss

Questionario

Stato di salute per l'assunzione alle dipendenze del Comune di Collina d'Oro

Il ROD - Regolamento organico dei dipendenti del Comune di Collina d'Oro prevede l'idoneità fisica ai fini di esercitare la funzione.

Il rapporto di fiducia che il Comune di Collina d'Oro 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 legati alla salute per lo svolgimento corretto del proprio lavoro. La conferma dell'assunzione potrebbe inoltre essere subordinata ad 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 di Collina d'Oro 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.

Candidato/a per la funzione di	

Generalità

Nome e Cognome	
Data di nascita	
Stato civile	
Indirizzo	
CAP e Domicilio	
Telefono	
Professione attuale	

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.	È attualmente o è stato/a al beneficio di prestazioni (inteso sia come rendita, sia come provvedimenti professionali) da parte dell'Assicurazione Invalidità (AI), Malattia (AM), Infortuni (LAINF) o della Cassa Pensione (CP), oppure ha fatto richiesta di prestazioni (rendita o provvedimenti professionali) AI, AM, LAINF o CP negli ultimi 10 anni?	☐ Si	☐ No
	In caso di risposta affermativa: Svolge altre attività lavorative? ☐ Si ☐ No In che percentuale?.....% Presso quale datore di lavoro?		

Luogo e data ..... Firma autografa .....

Elenco dei disturbi alla salute che richiedono una risposta affermativa alla domanda 1:
(NB: <u>NON</u> 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 (per esempio: 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.