



# **QUESTIONARIO SULLO STATO DI SALUTE**

## **per l'assunzione alle dipendenze del comune di Minusio presso il Centro anziani Casa Rea**

*La legge che disciplina l'impiego dei dipendenti comunali sancisce che il candidato all'assunzione presso l'amministrazione comunale presenti un certificato di buona salute. Il rapporto di fiducia che il comune desidera costruire con ogni suo dipendente comincia all'assunzione; in questo senso la presenta 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. 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 o una malattia precedente soggetta a ricadute, essa si rende colpevole di reticenza e il comune è liberato da ogni obbligo.*

*Una falsa dichiarazione sullo stato di salute può giustificare, sentito il preavviso del Direttore sanitario della Casa, l'annullamento dell'assunzione, della nomina o del cambio di funzione.*

**TUTTE LE INFORMAZIONI CHE FIGURANO NEL PRESENTE  
QUESTIONARIO  
VENGONO TRATTATE IN MODO CONFIDENZIALE.**

### **Generalità**

<i>Nome</i>		<i>Cognome</i>	
<i>Cognome da nubile</i>		<i>Stato civile</i>	
<i>Data di nascita</i>		<i>Professione attuale</i>	
<i>Indirizzo</i>		<i>NAP</i>	
<i>Domicilio</i>		<i>Tel.</i>	

**Concorso per la funzione di**

<i>Funzione</i>	
-----------------	--

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?	Si	No
2	E' affetto/a o è stato 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 <b>non</b> interamente corretta, calcoli renali, depressione, disturbi o malattie psichiche, reumatismi, disturbi alla 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?	Si	No
3	Prevede di sottoporsi prossimamente a un'operazione, di essere ricoverato in un ospedale o istituto di cura?	Si	No
4	Negli ultimi 2 anni ha dovuto interrompere totalmente o parzialmente il lavoro per un periodo superiore a 2 settimane?	Si	No
5	È stato/a sottoposto/a a speciali esami medici (radiografie, ECG, esami dell'urina e del sangue o altri esami specifici), che fanno presupporre una sua inabilità lavorativa in futuro?	Si	No
6	È a beneficio o fatto richiesta di una rendita per un problema medico o chirurgico (assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortunio, cassa pensione) ?	Si	No
7	Soffre o ha sofferto di alcoolismo o di altre tossicomanie (droghe, medicinali) ?	Si	No

Osservazioni ai punti 1-7

Luogo e data : .....

Firma : .....