|  |
| --- |
| **Questionario sullo stato di salute per l’assunzione di personale alle dipendenze**  **della Città di Mendrisio** |

* Il rapporto di fiducia che la Città di Mendrisio desidera costruire con ogni suo/a collaboratore/collaboratrice comincia al momento dell’assunzione.
* La presente autocertificazione (compilata dal/la candidato/a) ha lo scopo di rendere attento il datore di lavoro su eventuali ostacoli legati alla salute del/la candidato/a che potrebbero influenzare lo svolgimento corretto del lavoro.
* Nel caso la persona firmataria taccia una malattia esistente o una malattia precedente soggetta a ricadute, si rende colpevole di reticenza e la Città di Mendrisio è liberata da ogni obbligo nei suoi confronti.

|  |
| --- |
| **Una falsa dichiarazione di salute può giustificare, sentito il preavviso del medico fiduciario, l’annullamento dell’assunzione o della nomina.**  **Tutte le informazioni che figurano nel presente questionario saranno trattate in modo confidenziale.** |

**Concorso / Incarico / Assunzione**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Per la funzione di |  | Servizio |  |

**Generalità del/la candidato/a**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome e nome |  | | |
| Cognome da nubile |  | | |
| Indirizzo, via |  | | |
| Luogo di domicilio/dimora |  | dal |  |
| Luogo e data di nascita |  | | |
| Stato civile |  | | |
| Professione attuale |  | | |
| Datore di lavoro attuale |  | | |
| N. telefono |  | Cell. |  |

**Questionario**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **sì** | **no** |
| 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? |  |  |
| 2. | 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 o arteriose, cancro, sclerosi multipla, epilessia, paralisi o altra malattia neurologica grave, diminuzione della vista o dell’udito non interamente corretta, calcoli renali, depressione, disturbi o malattie psichiche, reumatismi, disturbi della 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?  Se sì, specificare: |  |  |
| 3. | Prevede di sottoporsi prossimamente a un’operazione, di essere ricoverato in un ospedale o istituto di cura? |  |  |
| 4. | Negli ultimi 2 anni ha dovuto interrompere totalmente o parzialmente il lavoro per un periodo superiore a 2 settimane? |  |  |
| 5. | È stato/a sottoposto/a a speciali esami medici (radiografie, EGC, esami dell’urina e del sangue o altri esami specifici) che fanno presumere una sua inabilità lavorativa in futuro? |  |  |
| 6. | È al beneficio o ha fatto richiesta di una rendita per un problema medico o chirurgico (assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortunio, cassa pensione)? |  |  |
| 7. | Soffre o ha sofferto di alcolismo o di altre tossicomanie  (droghe, medicamenti)? |  |  |

**Osservazioni**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Dichiaro di avere risposto in modo completo e veritiero alle precedenti domande.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Luogo e data |  | Firma |  |