|  |
| --- |
| **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 altaaffezioni 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 |       |