Municipio di Bioggio

Questionario sullo stato di saluto per l'assunzione alle dipendenze del Comune di Bioggio

Le disposizioni vigenti che disciplinano l'impiego dei dipendenti del Comune sanciscono che il candidato all'assunzione presso l'amministrazione comunale presenti un autocertificazione di buona salute. 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. 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.*

Concorso per la funzione di:

Generalità

Nome e cognome:

Stato civile:

Professione attuale:

Data di nascita:

Indirizzo:

Nap e domicilio:

No. telefono: Email:

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?	☐ sì	☐ no
E' 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 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?	☐ sì	☐ no
Prevede di sottoporsi prossimamente a un'operazione, di essere ricoverato in un ospedale o istituto di cura?	☐ sì	☐ no
Negli ultimi 2 anni ha dovuto interrompere totalmente o parzialmente il lavoro per un periodo superiore a 2 settimane?	☐ sì	☐ no
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?	☐ sì	☐ no
È a beneficio o ha fatto richiesta di una rendita per un problema medico o chirurgico (assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortunio, cassa pensione)?	☐ sì	☐ no
Soffre o ha sofferto di alcoolismo o di altre tossicomanie (droghe, medicamenti)?	☐ sì	☐ no

Eventuali
osservazioni:

Luogo: Data: Firma: