

## **Questionario sullo stato di salute per assunzione alle dipendenze del Comune di Balerna**

Il Regolamento Organico dei Dipendenti prescrive che, per essere assunti, i candidati devono essere di sana costituzione fisica compatibile con la funzione da svolgere. L'autocertificazione (compilata dal candidato) ha lo scopo d'informare il datore di lavoro su eventuali ostacoli legati alla salute per il corretto svolgimento del lavoro previsto.

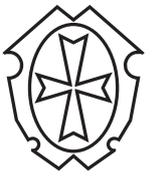
La conferma dell'assunzione potrebbe essere subordinata ad una visita medica di controllo da parte di un medico fiduciario designato dal Municipio.

**Se la persona firmataria del questionario non segnala una malattia esistente, una malattia predecente soggetta a ricadute, oppure dichiara il falso, il Municipio, sentito il preavviso del medico fiduciario, può decidere d'annullare l'assunzione o la nomina.**

**Tutte le informazioni che figurano nel questionario vengono trattate in modo confidenziale**

### **Generalità**

Nome	Cognome
Cognome da nubile	Stato Civile
Professione attuale	Data di nascita
NAP	Luogo
Via	Domicilio
E-mail	Telefono



- |    |   |    |    |
|----|---|----|----|
| 1. | Attualmente é affetto/a da disturbi alla salute oppure soffre delle conseguenze di un infortunio, malattia o vizio congenito che potrebbe diminuire durevolmente la sua capacità lavorativa?  | SI | NO |
| 2. | <p>È affetto/a o é stato/a affetto/a negli ultimi 10 anni da una delle seguenti malattie:</p> <p>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, disturbo della tiroide o altre ghiandole, colpo apoplettico (ictus), disturbi alla colonna vertebrale, sciatica, ernia del disco, diabete, tubercolosi, Aids, oppure altre malattie che potrtrebbero, secondo lei pregiudicare la sua abilità lavorativa?</p> | SI | NO |
| 3. | Prevede di sottoporsi prossimamente a un'operazione, di essere ricoverato in un ospedale o in un 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 delle urine e del sangue o altri esami specifici) il cui risultato fa presupporre una sua inabilità lavorativa in futuro?   | SI | NO |
| 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)?  | SI | NO |
| 7. | Soffre o ha sofferto di alcolismo o di altre tossicomanie (droghe, medicinali)?   | SI | NO |

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_