

## Autocertificazione stato di salute

Il Regolamento organico dei dipendenti sancisce che il candidato all'assunzione deve trovarsi in uno stato di salute integro e compatibile con la funzione.

Il rapporto di fiducia tra lavoratore e datore di lavoro comincia al momento dell'assunzione. La presente autocertificazione del candidato ha lo scopo di rendere attento il datore di lavoro su eventuali problematiche di salute in relazione al corretto svolgimento della funzione messa a concorso.

La conferma dell'assunzione sarà subordinata ad una visita medica di controllo da parte di un medico di fiducia del datore di lavoro, il quale verificherà lo stato di salute del candidato prescelto e l'idoneità psicofisica alla funzione (art. 6 ROD).

**Una falsa dichiarazione di salute può giustificare l'annullamento dell'assunzione o della nomina (art. 9 ROD). Tutte le informazioni che figurano nel questionario vengono trattate in modo confidenziale.**

## Concorso

Assunzione di

Foglio Ufficiale n.

del

## Generalità

Nome e Cognome

Ev. Cognome da nubile/celibe

Stato civile

Professione attuale

Data di nascita (GG.MM.AAAA)

Indirizzo

Numero postale di avviamento (NAP)

Comune

Telefono mobile

Indirizzo e-mail

## Questionario

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. Se sì, gentilmente specificare al punto n. 8. Si  No
2. È 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 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. Se sì, gentilmente specificare al punto n. 8. Si  No
3. Prevede di sottoporsi prossimamente a un'operazione, di essere ricoverato in ospedale o istituto di cura. Se sì, gentilmente specificare al punto n. 8. Si  No
4. Negli ultimi 2 anni ha dovuto interrompere totalmente o parzialmente il lavoro per un periodo superiore a 2 settimane. Se sì, gentilmente specificare al punto n. 8. 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. Se sì, gentilmente specificare al punto n. 8. Si  No
6. È a beneficio o ha fatto richiesta di una rendita per un problema medico o chirurgico (assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortunio, cassapensione). Se sì, gentilmente specificare al punto n. 8. Si  No
7. Soffre o ha sofferto di alcolismo o di altre tossicomanie (droghe, medicinali). Se sì, gentilmente specificare al punto n. 8. Si  No
8. Eventuali osservazioni

Luogo e data

Firma leggibile