



Comune di  
**Riva San Vitale**

## **Questionario sullo stato di salute per l'assunzione alle dipendenze del Comune di Riva San Vitale**

Il rapporto di fiducia che il Comune di Riva San Vitale desidera costruire con ogni suo/a collaboratore/collaboratrice comincia al momento dell'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 di Riva San Vitale è liberato da ogni obbligo.

**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**

Cognome (ev. cognome da nubile) \_\_\_\_\_

Nome/i \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_

Professione attuale \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

NAP e domicilio \_\_\_\_\_

No. telefono \_\_\_\_\_



## Questionario

	Sì	No
Attualmente è affetto/a da disturbi alla salute oppure soffre della conseguenza di un infortunio, di una malattia o di un vizio congenito che potrebbe diminuire durevolmente la sua capacità lavorativa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 al disco, diabete tubercolosi, AIDS, oppure altre malattie che potrebbero, secondo lei, pregiudicare la sua abilità lavorativa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prevede di sottoporsi prossimamente a un'operazione, di essere ricoverato in un ospedale o istituto di cura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negli ultimi 2 anni ha dovuto interrompere totalmente o parzialmente il lavoro per un periodo superiore alle 2 settimane?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È stato/a sottoposto/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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È a beneficio o ha fatto richiesta di una rendita per un problema medico o chirurgico (assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortunio, cassa pensione)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre o ha sofferto di alcolismo o di altre tossicomanie (droghe, medicinali)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Eventuali osservazioni

---

---

---

---

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_