

Piazza Grande 18
Casella postale
6601 Locarno
Telefono 091 756 31 11
Fax 091 756 32 61
e-mail citta@locarno.ch

QUESTIONARIO SULLO STATO DI SALUTE PER L'ASSUNZIONE ALLE DIPENDENZE DEL COMUNE DI LOCARNO

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

Il rapporto di fiducia che il Comune desidera costruire con ogni suo dipendente comincia dall'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 sarà subordinata ad una visita medica di controllo da parte di un medico di fiducia che 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 no. _____ del _____

Generalità

Nome _____
Cognome _____
Ev. cognome da nubile _____
Stato civile _____
Professione attuale _____
Data di nascita _____
Indirizzo _____
NAP e Domicilio _____
Telefono _____

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?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
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?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Prevede di sottoporsi prossimamente a un'operazione, di essere ricoverato in ospedale o istituto di cura?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Negli ultimi 2 anni ha dovuto interrompere totalmente o parzialmente il lavoro per un periodo superiore a 2 settimane?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> 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)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Soffre o ha sofferto di alcoolismo o di altre tossicomanie (droghe, medicinali)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Eventuali osservazioni:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Luogo e data _____

Firma autografata _____