

Municipio

Piazza Grande 18
CH-6600 Locarno

tel. +41 91 756 31 11
fax. +41 91 756 32 61

trasparenza@locarno.ch



Città
di Locarno

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 collaboratore 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: _____
(GG.MM.AAAA)

Indirizzo: _____ NAP e Domicilio: _____

Numero di telefono: _____

- | | | |
|--|----|----|
| 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? | 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? | Si | No |
| 3. Prevede di sottoporsi prossimamente a un'operazione, di essere ricoverato in ospedale o 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. E 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 infuturo? | 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, cassa pensione)? | Si | No |
| 7. Soffre o ha sofferto di alcoolismo o di altre tossicomanie (droghe, medicinali)? | Si | No |
| 8. Eventuali osservazioni: | Si | No |

Luogo e data _____ Firma _____