



COMUNE DI LOSONE

QUESTIONARIO SULLO STATO DI SALUTE

L'art. 8 cpv. 4 del Regolamento organico dei dipendenti del Comune di Losone stabilisce che a valere dal 1.07.2004 i candidati al pubblico impiego devono presentare, all'atto del concorso, un questionario sullo stato di salute al posto di un certificato medico.

Il presente questionario è da utilizzare a tale scopo.

Esso si propone di rendere attento il datore di lavoro su eventuali ostacoli allo svolgimento corretto della propria attività legati alle condizioni di salute. La conferma dell'assunzione potrebbe inoltre essere subordinata a una visita di controllo da parte di un medico fiduciario designato dal Municipio.

Se la persona firmataria ha sottaciuto una malattia esistente precedentemente e soggetta a ricadute oppure ha dichiarato il falso, il Municipio può decretare l'annullamento dell'assunzione.

TUTTE LE INFORMAZIONI CHE FIGURANO NEL PRESENTE QUESTIONARIO SONO TRATTATE IN MODO CONFIDENZIALE.

GENERALITÀ

Nome		Stato civile	
Cognome		Professione	
Data di nascita		Tel.	
Indirizzo		Cellulare	
Domicilio		e-mail	

TERMINI DEL CONCORSO

Concorso per	
Scadenza	

QUESTIONARIO SULLO STATO DI SALUTE

1	<i>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?</i>	<i>sì</i>	<i>no</i>
2	<i>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, eumatismi, 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?</i>	<i>sì</i>	<i>no</i>
3	<i>Prevede di sottoporsi prossimamente a un'operazione, di essere ricoverato in un ospedale o istituto di cura?</i>	<i>sì</i>	<i>no</i>
4	<i>Negli ultimi 2 anni ha dovuto interrompere totalmente o parzialmente il lavoro per un periodo superiore a 2 settimane?</i>	<i>sì</i>	<i>no</i>
5	<i>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?</i>	<i>sì</i>	<i>no</i>
6	<i>È a beneficio o ha fatto richiesta di una rendita per un problema medico o chirurgico (assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortunio, cassa pensione)?</i>	<i>sì</i>	<i>no</i>
7	<i>Soffre o ha sofferto di alcoolismo o di altre tossicomanie (droghe, medicinali)?</i>	<i>sì</i>	<i>no</i>

Luogo e data: _____

Firma: _____