



Comune di
Riva San Vitale

www.rivasanvitale.ch
info@rivasanvitale.ch

Piazza Grande 6
CH-6826 Riva San Vitale

Questionario sullo stato di salute del Comune di Riva San Vitale

Il Regolamento organico per i dipendenti del Comune di Riva San Vitale (ROD) che disciplina l'impiego dei dipendenti comunali sancisce che il candidato all'assunzione presenti un certificato di buona salute e idoneità alla funzione.

Il rapporto di fiducia che il Comune desidera costruire con ogni suo dipendente comincia all'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 del medico di fiducia del candidato o del Comune.

Se la persona firmataria ha sottaciuto una malattia precedente soggetta a ricadute, si rende colpevole di reticenza, il Comune è liberato da ogni obbligo.

Una falsa dichiarazione può giustificare, l'annullamento dell'assunzione, della nomina o del cambio di funzione.

Tutte le informazioni che figurano nel questionario vengono trattate in modo confidenziale e nel rispetto dalla LFPD.

Generalità

Candidata/o alla funzione di: _____

Nome: _____

Cognome: _____

Paternità: _____

Data di nascita: _____

Cittadinanza: _____

Attinenza: _____

Professione attuale: _____

Indirizzo completo: _____

Recapito telefonico _____ Indiritto email: _____

Domande

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/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 che non sia interamente corretta, calcoli renali, depressione, disturbi o malattie psichiche, reumatismi, disturbi della tiroide o di 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 un 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. 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?	☐ si	☐ no
6. È al 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

Eventuali osservazioni

Dichiaro di avere risposto sinceramente alle domande e di non avere sottaciuto nulla. Se ritenuto necessario ai fini dell'assunzione, autorizzo l'Autorità di nomina ad acquisire informazioni presso il medico di fiducia del candidato.

Luogo e data: _____

Firma: _____