



Questionario sullo stato di salute  
per l'assunzione  
alle dipendenze del Comune.

---

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 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 è liberato da ogni obbligo.

Una falsa dichiarazione può giustificare  
sentito il preavviso del Medico di fiducia comunale  
l'annullamento dell'assunzione o della nomina.

Tutte le informazioni che figurano nel questionario  
vengono trattate in modo confidenziale.

Si prega di compilare il formulario in modo leggibile (stampatello). Grazie

**Concorso**

Per la funzione di \_\_\_\_\_

No. del concorso \_\_\_\_\_

**Generalità**

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Ev. cognome da nubile \_\_\_\_\_

Paternità \_\_\_\_\_

Attinenza \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

NAP e Domicilio \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

① Attualmente è affetto/a da disturbi alla salute oppure soffre delle conseguenze di un infortunio, di malattia o di un vizio congenito che potrebbero diminuire durevolmente la sua capacità lavorativa?

\_\_\_\_\_  
Sì  No

② È affetto/a o è stato/a affetto/a negli ultimi 10 anni da una delle seguenti malattie: (sottolineare quanto fa il caso)

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?

\_\_\_\_\_  
Sì  No

③ Prevede di sottoporsi prossimamente a un'operazione, di essere ricoverato in un ospedale di cura?

\_\_\_\_\_  
Sì  No

④ Negli ultimi 2 anni ha dovuto interrompere totalmente o parzialmente il lavoro per un periodo superiore a 2 settimane?

\_\_\_\_\_  
Sì  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 presumere una sua inabilità nel futuro?

\_\_\_\_\_  
Sì  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)?

\_\_\_\_\_  
Sì  No

⑦ Soffre o ha sofferto di alcoolismo o di altre tossicomanie (droghe, medicinali)?

\_\_\_\_\_  
Sì  No

⑧ Eventuali informazioni:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Firma autografa