

Cancelleria comunale Via S. Antonio 5 6632 Vogorno Tel.+41 (0) 91 785 42 22 comune@verzasca.swiss www.verzasca.swiss

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

Il rapporto di fiducia che il Municipio di Verzasca 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 da una visita medica di controllo eseguita dal medico di fiducia del Municipio, come pure da un eventuale esame delle attitudini.

Se la persona firmataria ha sottaciuto una malattia esistente, una malattia precedente soggetta a ricadute oppure essere a beneficio o aver fatto richiesta di prestazioni (rendita o provvedimenti professionali) da parte dell'assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortunio o cassa pensione, essa si rende colpevole di reticenza e il Comune è liberato da ogni obbligo contrattuale.

Una falsa dichiarazione di salute può giustificare, sentito il medico di fiducia, l'annullamento dell'assunzione o della nomina.

1.	È affetto/a o è stato/a affetto/a negli ultimi 10 anni da uno o più disturbi della salute come da elenco sottostante oppure soffre delle conseguenze di un infortunio, di una malattia o di un vizio congenito?	SI	NO
2.	È attualmente o è stato/a al beneficio (inteso sia come rendita, sia come provvedimenti professionali) da parte dell'Assicurazione Invalidità (AI), Malattia (AM), Infortuni (LAINF) o della Cassa Pensione (CP), oppure ha fatto richiesta di prestazioni (rendita o provvedimenti professionali) AI, AM, LAINF o CP negli ultimi 10 anni? In caso di risposta affermativa: Svolge altre attività lavorative? SI NO In che percentuale?	SI	NO □
Eventuali osservazioni:			
Lu	ogo e data: Firma:		

Tutte le informazioni saranno trattate confidenzialmente ed esclusivamente per lo scopo previsto.

Il presente modulo debitamente compilato e sottoscritto deve essere accluso alla documentazione presentata per il posto a concorso.

Elenco dei disturbi alla salute che richiedono una risposta affermativa alla prima domanda 1 (N.B.: <u>non</u> sottolineare la patologia di cui si è affetti o stati affetti)

- Artrosi o altri problemi alle articolazioni, disturbi della colonna vertebrale, ernia del disco, sciatica, reumatismi, gotta, eventuali altri problemi rilevanti dell'apparato locomotorio;
- Pressione arteriosa alta nonostante l'assunzione di terapia medicamentosa, affezioni venose o arteriose, problemi cardiaci (malattia coronarica, infarto, difetto di valvole, altro);
- Emicrania severa, epilessia, paralisi o altra malattia neurologica grave, sclerosi multipla, colpo apoplettico (ictus), diminuzione della vista e dell'udito non interamente corretta;
- Disturbi o malattie psichiche (depressione, ansia, fobie, schizofrenia, altro);
- Diabete mellito, disturbi alla tiroide o altre ghiandole;
- Malattie infettive con decorso prolungato (per esempio: epatite cronica, AIDS, tubercolosi);
- Malattie croniche del sangue o del sistema linfatico, cancro;
- Malattie croniche dei reni, insufficienza renale;
- Malattie croniche delle vie respiratorie (asma, broncopatia cronica ostruttiva, efisema, altro);
- Malattie croniche dell'apparato digestivo (colite ulcerosa, M. di Crohn, malattie croniche del fegato o del pancreas, altro);
- Alcoolismo o altre tossicomanie (droghe, medicamenti);
- Eventuali altre malattie con decorso prolungato o cronico.