



Autocertificazione sullo stato di salute per l'assunzione di personale alle dipendenze del Comune di Bissone

Concorso

Per la funzione di _____

Generalità del candidato

Cognome e nome _____

Cognome da nubile _____

Indirizzo _____

Luogo di domicilio _____ dal _____

Luogo e data di nascita _____

Stato civile _____

Professione attuale _____

Datore di lavoro attuale _____

Recapiti telefonici _____

Questionario

Attualmente è affetto 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

☐ ☐

È affetto o è stato affetto 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 della tiroide o altre ghiandole, colpo apoplettico (ictus), disturbi della colonna vertebrale, sciatica, ernia del disco, diabete, tubercolosi, AIDS, oppure altre malattie che potrebbero, secondo lei, pregiudicare la sua abilità lavorativa?

☐ ☐

Se sì, specificare:

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

☐ ☐



Comune di Bissone, Piazza Francesco Borromini 8, 6816 Bissone

Municipio

Tel. 091 822 80 80 - E-mail. info@bissone.ch - Fax. 091 649 61 36

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

È stato sottoposto a speciali esami medici (radiografie, ECG, esami dell'urina e di sangue o altri esami specifici) che fanno presumere una sua inabilità lavorativa in futuro? ☐ ☐

È al beneficio o ha fatto richiesta di una rendita per un problema medico o chirurgico (assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortunio, cassa pensione)? ☐ ☐

Soffre o ha sofferto di alcolismo o di altre tossicomanie (droghe, medicinali)? ☐ ☐

Osservazioni

Firme

Luogo e data _____

Firma del candidato _____

Disposizioni formali

Formulari illeggibili o senza la relativa documentazione non saranno trattati e saranno rinviati al mittente per completamento.

Con la firma della presente autocertificazione si dichiara di aver risposto in modo completo e veritiero alle precedenti domande.

Il rapporto di fiducia che il Comune di Bissone desidera instaurare con i propri collaboratori inizia al momento dell'assunzione.

La presente autocertificazione (compilata dal candidato) ha lo scopo di rendere attento il datore di lavoro su eventuali ostacoli legati alla salute del candidato stesso, che potrebbero influenzare lo svolgimento corretto del lavoro.

Nel caso il candidato taccia una malattia esistente o una malattia precedente soggetta a ricadute, si rende colpevole di reticenza ed il Comune di Bissone è liberato da ogni obbligo nei suoi confronti.

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

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