



**MUNICIPIO DI LAMONE**  
**6814 LAMONE**

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

Il regolamento che disciplina l'impiego dei dipendenti comunali sancisce che il candidato all'assunzione presso l'amministrazione comunale presenti un certificato di buona salute. 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 di un medico di fiducia del Comune.

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

**Una falsa dichiarazione di salute può giustificare, sentito il preavviso del medico di fiducia del Comune, 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 \_\_\_\_\_

### **Generalità**

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

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

Stato civile \_\_\_\_\_

Professione attuale \_\_\_\_\_

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 una 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:  
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?  
Sì  No
  
3. Prevede di sottoporsi prossimamente a un'operazione, di essere ricoverato in un ospedale o istituto 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 presupporre una sua inabilità lavorativa in futuro?  
Sì  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)?  
Sì  No
  
7. Soffre o ha sofferto di alcoolismo o di altre tossicomanie (droghe, medicinali)?  
Sì  No
  
8. Eventuali osservazioni:

Luogo e data

Firma

---

---