



Questionario sullo stato di salute per l'assunzione

Il rapporto di fiducia che il datore di lavoro 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 può essere subordinata all'esito di una visita preventiva da parte di un medico di fiducia dell'autorità di nomina che attesti l'idoneità psicofisica del candidato allo svolgimento della funzione.

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

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

Generalità

Nome
Cognome
Ev. cognome da nubile
Stato civile
Professione attuale
Data di nascita
Indirizzo
NAP e Domicilio
Telefono

Altezza in cm (misurata a piedi nudi)
--	-------

1. È affetto/a o è stato/a affetto/a nel passato da uno o più disturbi della salute come da elenco che figura sulla pagina seguente oppure soffre delle conseguenze di un infortunio, di una malattia o di un vizio congenito?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
2. È attualmente o è stato/a al beneficio di prestazioni (inteso sia come rendita, sia come provvedimenti professionali) da parte dell'Assicurazione Invalidità (AI), Assicurazione militare (AM), Assicurazioni Infortuni (LAINF) o della Cassa Pensione (CP), oppure ha fatto richiesta di prestazioni (rendita o provvedimenti professionali) AI, AM, LAINF o CP attualmente o nel passato?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

Luogo e data Firma



Elenco dei disturbi alla salute che richiedono una risposta affermativa alla domanda 1

(N.B.: **NON** 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, ictus emorragico cerebrale, 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 (p.es 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, enfisema, altro);
- malattie croniche dell'apparato digestivo (colite ulcerosa, M. di Crohn, malattie croniche del fegato o del pancreas, altro);
- forti allergie (raffreddore da fieno severo, punture di insetti e in particolare api / vespe, asma bronchiale allergico, allergie da contatto);
- alcolismo o altre tossicomanie (droghe, medicinali);
- eventuali altre malattie con decorso prolungato o cronico.