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

(art. 9, Regolamento organico dei dipendenti del Comune di Giornico del 4 settembre 2025)

La legge che disciplina l'impiego dei dipendenti comunali sancisce che il candidato all'assunzione presso l'amministrazione comunale abbia attitudini psicofisiche compatibili con la funzione messa a concorso.

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 fiduciario.

Se la persona firmataria ha sottaciuto una malattia esistente, una malattia precedente soggetta a ricadute oppure di 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 ed il Comune è liberato da ogni obbligo.

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

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

concorso

Foglio Ufficiale n. _____ del _____

generalità

Nome _____

Cognome _____

Ev. cognome da nubile _____

Paternità _____

Attinenza _____

Data di nascita _____

Indirizzo _____

NAP e Domicilio _____

Telefono _____

	Sì	No
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?	☐	☐

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), Malattia (AM), Infortuni (LAINF) o della ☐ Sì ☐ No 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? Sì ☐ No ☐ In che percentuale? ……%

Presso quale datore di lavoro?……

Luogo e data ……

Firma autografa ……

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, 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, enfisema, 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