Autocertificazione sullo stato di salute per l'assunzione alle dipendenze del Comune di Ponte Capriasca

Il Regolamento organico per i collaboratori del Comune di Ponte Capriasca prevede, fra i requisiti per l'assunzione, un'idoneità fisica sana ai fini di esercitare la funzione.

Il rapporto di fiducia che il Comune di Ponte Capriasca desidera instaurare con ogni sua/o dipendente comincia dall'assunzione; in quest'ottica la presente autocertificazione (compilata dal/la candidato/a) ha lo scopo di informare il datore di lavoro su eventuali ostacoli/limitazioni per Io svolgimento corretto delle mansioni previste per la funzione per la quale ci si candida, legati alla salute. L'assunzione potrebbe inoltre essere subordinata ad una visita medica di controllo da parte di un medico fiduciario del datore di lavoro.

Se la persona firmataria ha sottaciuto un infortunio e/o malattia esistente o precedente, soggetta/o ricadute e/o con conseguenze sull'attività prevista, oppure di essere a beneficio o aver fatto richiesta di prestazioni (rendita o provvedimenti professionali) da parte dell'assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortunio/malattia o previdenza professionale (LPP), essa si rende colpevole di reticenza e l'Amministrazione comunale è liberata da ogni obbligo.

Una falsa dichiarazione sullo stato di salute può giustificare, sentito il preavviso del medico di fiducia del Comune, l'annullamento dell'assunzione, della nomina o del cambio di funzione.

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

Generalità

Candidato/a alla funzione di: _____

Cognome e Nome: _____

Data di nascita: _____

Paternità: _____

Attinenza: _____

Indirizzo: _____

CAP e Domicilio: _____

Professione: _____

Via alle Scuole 26
6946 Ponte Capriasca
Tel. +41 91 935 21 60
Fax +41 91 935 21 61
e-mail: municipio@pontecapriasca.ch
sito web: www.pontecapriasca.ch

Domande

1. È affetta/o o è stata/o affetta/o 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?	SÌ ☐	NO ☐
2. È a beneficio o ha fatto richiesta di prestazioni (rendita o provvedimenti professionali) da parte dell'assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortunio/malattia o previdenza professionale (LPP)?	SÌ ☐	NO ☐

Eventuali osservazioni

_____

_____

_____

_____

_____

Dichiaro di avere risposto sinceramente alle domande e di non avere sottaciuto nulla. Se ritenuto necessario ai fini dell'assunzione, autorizzo i medici e ogni altra persona a cui il datore di lavoro dovesse rivolgersi a dare al suo medico di fiducia tutte le informazioni richieste (indicare nominativo e recapito telefonico del medico curante):

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 al 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 (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, morbo di Crohn, malattie croniche del fegato o del pancreas, altro);
- Alcoolismo o altre tossicomanie (droghe, medicamenti);
- Sequele di malattie e/o infortuni non elencati in precedenza e/o eventuali altre malattie con decorso prolungato o cronico.

Via alle Scuole 26
6946 Ponte Capriasca
Tel. +41 91 935 21 60
Fax +41 91 935 21 61
e-mail: municipio@pontecapriasca.ch
sito web: www.pontecapriasca.ch