

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 del personale.

Se la persona firmataria ha sottaciuto una malattia esistente o una malattia precedente soggetta a ricadute, essa si rende colpevole di reticenza e l'Ospedale e Casa Anziani Malcantonese sono liberate da ogni obbligo.

Una falsa dichiarazione di salute può giustificare l'annullamento dell'assunzione o della nomina.

TUTTE LE INFORMAZIONI CHE FIGURANO NEL QUESTIONARIO VENGONO TRATTATE IN MODO CONFIDENZIALE.

In caso di assunzione dovrà presentare il "certificato medico attestante l'abilità lavorativa del candidato" sul modulo ufficiale dell'Ospedale e Casa Anziani Malcantonese.

GENERALITÀ:

Nome		Cognome	
Data di nascita		Professione	
Indirizzo		NAP	Domicilio
Tel		E-mail	

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?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
2	E' 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 non interamente corretta, calcoli renali, depressione, disturbi o malattie psichiche, reumatismi, disturbi alla tiroide o 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 ?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
3	Prevede di sottoporsi prossimamente a un'operazione, di essere ricoverato in un ospedale o istituto di cura?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
4	Negli ultimi 2 anni ha dovuto interrompere totalmente o parzialmente il lavoro per un periodo superiore a 2 settimane?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
6	È a beneficio o ha fatto richiesta di una rendita per un problema medico o chirurgico (assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortunio, cassa pensione)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
7	Soffre o ha sofferto di alcoolismo o di altre tossicomanie (droghe, medicinali)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Luogo e data		Firma autografa	
--------------	--	-----------------	--