

## **Questionario sullo stato di salute per l'assunzione alle dipendenze del Consorzio Depurazione Acque della Magliasina**

Il rapporto di fiducia che il Consorzio Depurazione Acque della Magliasina desidera costruire con ogni suo collaboratore/collaboratrice comincia al momento dell'assunzione.

La presente autocertificazione (compilata dal/la candidato/a) ha lo scopo di rendere attento il datore di lavoro su eventuali ostacoli legati alla salute del/la candidato/a che potrebbero influenzare lo svolgimento corretto del lavoro. La conferma dell'assunzione potrebbe inoltre essere subordinata ad una visita medica di controllo da parte di un medico di fiducia.

Nel caso la persona firmataria ometta una malattia esistente o pregressa soggetta a ricadute, si rende colpevole di reticenza e il Consorzio Depurazione Acque della Magliasina è liberato da ogni obbligo.

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

**Tutte le informazioni che figurano nel presente questionario saranno trattate in modo confidenziale.**

### **Concorso**

Per la funzione di \_\_\_\_\_

### **Generalità**

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

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
È affetto/a o è stato/a affetto/a negli ultimi 10 anni da una delle seguenti malattie: Artrosi, asma, emicrania, ulcera, gotta, problemi cardiaci (malattia coronarica, infarto, difetto di valvole, altro), 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
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
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
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
È a beneficio o ha fatto richiesta di prestazioni (rendita o provvedimenti professionali) da parte dell'assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortunio o cassa pensione?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Soffre o ha sofferto di alcoolismo o di altre tossicomanie (droghe, medicinali)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Eventuali osservazioni  _____  _____  _____		

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma autografata \_\_\_\_\_