



AUTOCERTIFICAZIONE RELATIVA ALLO STATO DI SALUTE PER L'ASSUNZIONE ALLE DIPENDENZE DEL COMUNE DI TENERO-CONTRA

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 sua salute.

Se la persona firmataria ha sottaciuto fatti di rilevanza per la funzione, essa si rende colpevole di reticenza e il Comune è liberato da ogni obbligo. Una falsa dichiarazione può giustificare l'annullamento dell'assunzione o della nomina.

Concorso

Posizione a concorso:

Generalità

Nome:

Cognome:

Data di nascita:

Stato civile:

Indirizzo:

Telefono:

E-mail:

Autocertificazione sullo stato di salute

- | | | |
|---|----|----|
| 1. È affetto o è stato affetto 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? | Sì | No |
| 2. È attualmente o è stato al beneficio di prestazioni (inteso sia come rendita, sia come provvedimenti professionali) da parte dell'Assicurazione Invalidità (AI), Malattia (AM), Infortuni (LAINF) o della Cassa Pensione (CP), oppure ha fatto richiesta di prestazioni (rendita o provvedimenti professionali) AI, AM, LAINF o CP negli ultimi 10 anni? | Sì | No |
| 3. Negli ultimi 2 anni ha dovuto interrompere parzialmente o totalmente il lavoro per un periodo superiore a 4 settimane? | Sì | No |



Osservazioni:

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

- *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);*
- *alcolismo o altre tossicomanie (droghe, medicinali);*
- *eventuali altre malattie con decorso prolungato o cronico.*

Luogo e data:

Firma: