

# Questionario sullo stato di salute per l'assunzione alle dipendenze dell'Azienda Cantonale dei Rifiuti (ACR)

*Il Regolamento organico per il personale occupato presso l'Azienda Cantonale dei Rifiuti prevede che il candidato all'assunzione presenti un certificato di buona salute. Il rapporto di fiducia che l'ACR 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 e l'Azienda Cantonale dei Rifiuti è liberata 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.**

*Si prega di compilare il formulario in stampatello leggibile. Grazie.*

## concorso

Per la funzione di .....

## generalità

Nome .....

Cognome .....

Ev. cognome da nubile .....

Stato civile .....

Professione attuale .....

Data di nascita .....

Indirizzo .....

NAP e Domicilio .....

Telefono .....

1. E' 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?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
2. 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"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

Luogo e data ..... Firma autografa .....

Luogo e data ..... Per minorenni  
firma di un genitore  
(autorità parentale) .....

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 (p.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, M. di Crohn, malattie croniche del fegato o del pancreas, altro)
- Alcoolismo o altre tossicomanie (droghe, medicinali)
- Eventuali altre malattie con decorso prolungato o cronico