|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Questionario sullo stato di salute per l'assunzione** | | | |  | |
|  | | |  | | |
|  | | | | | |
| Il rapporto di fiducia che il datore/la datrice di lavoro desidera costruire con ogni suo/a dipendente comincia all’assunzione; in questo senso la presente **autocertificazione** (**compilata dal/la candidato/a**) ha lo scopo di rendere attento il datore/la datrice di lavoro su eventuali ostacoli per lo svolgimento corretto del proprio lavoro, legati alla salute.  La conferma dell’assunzione può essere subordinata all’esito di una visita preventiva da parte di un medico di fiducia dell’autorità di nomina che attesti l’idoneità psicofisica del/la candidato/a allo svolgimento della funzione.  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 il datore/la datrice di lavoro è liberato/a da ogni obbligo. | | | | | |
| **Una falsa dichiarazione di salute può giustificare, sentito il Medico del personale o il Medico di fiducia dell’Autorità di nomina, l'annullamento dell'assunzione o della nomina.**  **Tutte le informazioni che figurano nel questionario vengono trattate in modo confidenziale.** | | | | | |
| **Generalità** | | | | | |
|  |  | | | | |
| Nome | |  | | |  |
| Cognome | |  | | |
| Ev. cognome precedente | |  | | |  |
| Stato civile | |  | | |  |
| Professione attuale | |  | | |  |
| Data di nascita | |  | | |  |
| Indirizzo | |  | | |  |
| NAP e Domicilio | |  | | |  |
| Email | |  | | |  |
| Telefono | |  | | |  |
|  | |  | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | | |
| Altezza in cm  (misurata a piedi nudi) | |  |  |
|  | |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | |
| 1. **È 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?** | | 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 o cassa pensione?** | | Sì | No |  |
|  | | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 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, medicamenti)

- Eventuali altre malattie con decorso prolungato o cronico

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Riservato alla Polizia cantonale** | | |
| Eventuale preavviso da parte del Medico del personale dell’Amministrazione cantonale | | |
| favorevole | | negativo |
| Luogo e data |  | Timbro e firma del Medico del personale |