

## Formulario di candidatura

da compilare (se a mano in forma leggibile) e inoltrare con tutta la documentazione a:

**Comando Polizia cantonale**  
**Risorse Umane**  
**“Concorso aspiranti 2026”**  
**Via Chicherio 20d**  
**6501 Bellinzona**

**Scadenza: 26 maggio 2025 - fa stato il timbro postale**

indicare con numerazione l'ordine della scelta dei Corpi a cui ci si candida, secondo le proprie priorità.  
(esempio: 1 prima scelta – 2 seconda scelta – 3 terza scelta –... - lasciare in bianco i Corpi che non interessano)

Aspirante gendarme  
(nati tra il 1991 e il 2005)

Polizia Cantonale

Aspirante agente Polizia comunale  
(nati tra il 1991 e il 2005)

Bellinzona

Chiasso

Locarno

Lugano

Mendrisio

Stabio

Aspirante agente Polizia trasporti  
(nati tra il 1991 e il 2005)

Polizia trasporti

Le priorità possono essere modificate fino al momento/durante la fase dell'inchiesta tramite una comunicazione all'indirizzo mail [risorseumane@polca.ti.ch](mailto:risorseumane@polca.ti.ch). Richieste giunte dopo questa fase non saranno prese in considerazione.

### Identità

Cognome

Nome

Cognome precedente

Luogo e data di nascita

Attinenza

cantone

Professione appresa

Stato civile

No. AVS

NAP/Domicilio

cantone

via e no

Indirizzo email/posta elettronica

(indicare un indirizzo email LEGGIBILE che viene regolarmente letto, perché alcune comunicazioni urgenti verranno indirizzate in forma elettronica)

Telefoni: privato

cellulare

posto di lavoro

Inserire una foto  
formato passaporto

indicare sul retro della foto  
cognome, nome e anno di nascita

Cognome:

Nome:

**Famiglia**

Cognome del marito/moglie prima del matrimonio

Nome del marito/moglie

Data di nascita

luogo

Luogo di origine prima del matrimonio

cantone

Nome del figlio/a

data di nascita

a

Nome del figlio/a

data di nascita

a

**Genitori**

Nome del padre

data di nascita

Nome della madre

data di nascita

cognome da nubile

Via/NAP/Domicilio del padre

cantone

NAP/Domicilio della madre

cantone

Professione del padre

datore di lavoro

Professione della madre

datore di lavoro

**Fratelli – sorelle**

Nome

data di nascita

stato civile

Nome

data di nascita

stato civile

Nome

data di nascita

stato civile

Altri

**Convivente / Partner**si no 

Cognome e nome

data di nascita

domicilio

**Domicili precedenti**

Dal

al

luogo

via

Dal

al

luogo

via

Dal

al

luogo

via

Dal

al

luogo

via

**Servizio militare / protezione civile / servizio civile**

Visita di reclutamento militare svolta

si 

data

no 

Scuola reclute militare svolta o prevista

dal/al

Prosciolti dal servizio militare

dal

Non astretto

dal

Incorporazione protezione civile

si no 

Incorporazione servizio civile

si no 

giorni di servizio mancanti:

Ev. osservazioni

Cognome:

Nome:

**Lingue**

Madrelingua:

Altre lingue (quadro comune europeo di riferimento per le lingue - <http://europass.cedefop.europa.eu/it/resources/european-language-levels-cefr>)

Autovalutazione	Comprensione		Parlato		Scritto
	<i>ascolto</i>	<i>lettura</i>	<i>interazione</i>	<i>produzione orale</i>	
Indicare lingue:					<i>produzione scritta</i>

**Competenze ed attitudini**

Autovalutazione	<i>nessuna conoscenza</i>	<i>conoscenze di base</i>	<i>conoscenze avanzate</i>
<b>Informatica</b>			
MS-Office			
Altro			
Altro			
Dattilografia			

**Scuole frequentate e formazione**

	<i>luogo</i>	<i>inizio (data)</i>	<i>fine (data)</i>	<i>licenza / diploma</i>	
Scuole primarie				si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Scuole medie				si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Scuole superiori / tirocinio o altri studi (indicare il genere di studio):					
-				si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
-				si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
-				si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
-				si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

**Esperienza lavorativa** (indicare anche stage, impieghi temporanei, ecc.), aggiungere eventuali fogli supplementariNome e indirizzo del datore di lavoro **attuale**:

Funzione svolta:

Impiego dal

al

Nome e indirizzo del datore di lavoro **precedente**:

Funzione svolta:

Impiego dal

al

Cognome:

Nome:

Nome e indirizzo del datore di lavoro precedente:

Funzione svolta:

Impiego dal

al

Nome e indirizzo del datore di lavoro precedente:

Funzione svolta:

Impiego dal

al

Nome e indirizzo del datore di lavoro precedente:

Funzione svolta:

Impiego dal

al

**Disoccupazione** (È già stato al beneficio della disoccupazione?)sì  no 

periodo dal

al

periodo dal

al

periodo dal

al

**Interessi extra lavorativi – Hobby** (es: volontariato, ass. sportive, culturali, ecc.)

-

-

-

**Amicizie e frequentazioni** (indicare cognome e nome, domicilio)

-

-

-

-

-

-

**Profili social network** (facebook, instagram, tiktok, x, myspace, google+ o altri)sì  no 

quale

nome profilo

quale

nome profilo

quale

nome profilo

quale

nome profilo

**Altre candidature in corso**

-

-

-





Cognome:

Nome:

**Ricapitolazione**

Possiedo la cittadinanza svizzera	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Possiedo il requisito di età per la SCP	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Mi sono già candidato/a al concorso per la SCP negli anni (indicare): <b>20</b> <b>20</b> <b>20</b>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Sono stato/a bocciato/a in psicologia in occasione di una precedente selezione SCP (indicare anni): <b>20</b> <b>20</b>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Possiedo la licenza di condurre cat B	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Ho concluso la visita di reclutamento militare	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Ho ultimato la scuola reclute militare e/o prestato l'integralità dei giorni del servizio civile	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Rispondo al requisito di statura minima per la SCP	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Sono in possesso di un attestato federale di capacità o titolo superiore	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Possiedo adeguate competenze nell'uso della lingua italiana, parlata e scritta	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Ho fatto uso di stupefacenti (anche una sola volta)	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Ho subito condanne penali e/o amministrative in Svizzera e/o all'estero	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Ho subito revoche di licenza di condurre in Svizzera e/o all'estero	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Ho attualmente una revoca della licenza di condurre	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Ho precedenti o procedimenti penali in corso con la Giustizia militare	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Ho procedure esecutive in corso non giustificate in Svizzera e/o all'estero	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Ho attestati di carenza beni in Svizzera e/o all'estero	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Sono stato/a o sono attualmente in cura da uno psicologo/psichiatra	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

Si rende attento il/la candidato/a che informazioni inveritiere, false, fuorvianti, imprecise o incomplete su aspetti d'interesse per la valutazione della sua idoneità a svolgere la professione di agente di polizia comportano l'immediata esclusione dalla procedura d'assunzione, oltre a poter comportare l'immediato licenziamento qualora dovessero risultare dopo l'assunzione. Il/La sottoscritto/a s'impegna a informare immediatamente il Capo risorse della Polizia cantonale qualora nel periodo che intercorre tra la candidatura e l'inizio della Scuola di polizia accadesse fatti rilevanti per la valutazione dell'idoneità.

Con la sottoscrizione del presente formulario autorizzo l'elaborazione di tutti i miei dati necessari al processo di selezione e la creazione nonché il mantenimento di un incarto inerente la mia candidatura di assunzione quale aspirante.

Luogo e data:

FIRMA:

**Allegati:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> una foto formato passaporto  | <input type="checkbox"/> certificato medico specialistico di un oftalmologo – <b>originale</b>  |
| <input type="checkbox"/> diploma, attestati e certificati di lavoro – <b>fotocopie*</b>                     | <input type="checkbox"/> certificato medico specialistico di otorinolaringoiatra – <b>originale</b>   |
| <input type="checkbox"/> documento d'identità – <b>fotocopia*</b>   | <input type="checkbox"/> licenza di condurre fronte e retro – <b>fotocopia*</b>   |
| <input type="checkbox"/> estratto del casellario giudiziale centrale – <b>fotocopia*</b>                    | <input type="checkbox"/> estratto SIAC – <b>fotocopia*</b>  |
| <input type="checkbox"/> questionario dei carichi pendenti – <b>originale</b>                               | <input type="checkbox"/> formulario autocertificazione tatuaggi – <b>originale</b>  |
| <input type="checkbox"/> estratto cantonale delle esecuzioni – <b>fotocopia*</b>                            | <input type="checkbox"/> formulario autorizzazione per l'ottenimento e la trasmissione di informazioni – <b>originale</b>                   |
| <input type="checkbox"/> libretto di servizio militare – <b>fotocopie*</b> da pagg 3 a 14 e da pagg 36 a 41 | <input type="checkbox"/> autocertificazione precedenti potenzialmente incompatibili con la funzione di agente di polizia – <b>originale</b> |
| <input type="checkbox"/> questionario sullo stato di salute – <b>originale</b>                              | <input type="checkbox"/> certificato d'idoneità fisica - <b>fotocopia</b>   |

\*documenti originali non saranno ritornati

## Questionario dei carichi pendenti per l'assunzione

La legge che disciplina l'impiego dei/delle dipendenti statali, comunali o federali sancisce che il/la candidato/a all'assunzione presso l'Amministrazione cantonale, comunale o federale presenti l'**estratto del casellario giudiziale** unitamente alla compilazione del **presente formulario relativo ad eventuali procedure penali in corso**. Il rapporto di fiducia che lo Stato, il Comune o la Confederazione 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/a il datore/la datrice di lavoro su eventuali ostacoli per lo svolgimento del proprio lavoro, legati alla sua condotta.

**Una falsa dichiarazione può giustificare l'annullamento dell'assunzione o della nomina.  
Tutte le informazioni che figurano nel questionario vengono trattate in modo confidenziale.**

### Generalità

Nome .....  
Cognome .....  
Data di nascita .....

Attualmente ha in corso un procedimento penale?  Sì  No

Se sì, di che cosa si tratta?

Eventuali osservazioni:

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



## 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, medicinali)
- 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

## Esame della vista

(da compilare da un medico specialista in oftalmologia)

### 1. Generalità del/la candidato/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

### 2. Visione binoculare

normale  diplopia

Osservazioni: \_\_\_\_\_

### 3. Visione stereoscopica

normale  anormale

Osservazioni: \_\_\_\_\_

### 4. Visione dei colori

normale  anormale

In caso di visione dei colori anormale si chiede di effettuare il test Farnsworth Panel D 15 e di indicare l'eventuale presenza di:

Protanopia  Protanomalia significativa  Protanomalia lieve  
 Deuteranopia  Deuteranomalia significativa  Deuteranomalia lieve  
 Tritanopia  Tritanomalia significativa  Tritanomalia lieve

Osservazioni: \_\_\_\_\_

### 5. Campo visivo

orizzontale 160°  meno di 160°

### 6. Acuità visiva non corretta (marcare il valore esatto)

destro	0,0	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sinistro	0,0	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Osservazioni: \_\_\_\_\_

### 7. Acuità visiva corretta con occhiali / lenti a contatto (marcare il valore esatto)

destro	0,0	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sinistro	0,0	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Osservazioni: \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Timbro e firma del Medico specialista**

#### 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

### Esame dell'udito

(da compilare da un medico specialista in **FMH Orecchio – naso – gola**)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

#### 1. Anamnesi

Antecedente ORL particolare  SI  NO

Osservazioni: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Presenza di fratture cranio cerebrali o commozioni cerebrali  SI  NO

Osservazioni: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 2. Esame ORL

in ordine  non in ordine

Osservazioni: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 3. Audiogramma

destro  normale  anormale

sinistro  normale  anormale

Osservazioni: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Allegare al formulario i risultati dei diagrammi.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Timbro e firma del Medico specialista**

#### 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

## Autocertificazione sui tatuaggi

### Generalità

Nome .....

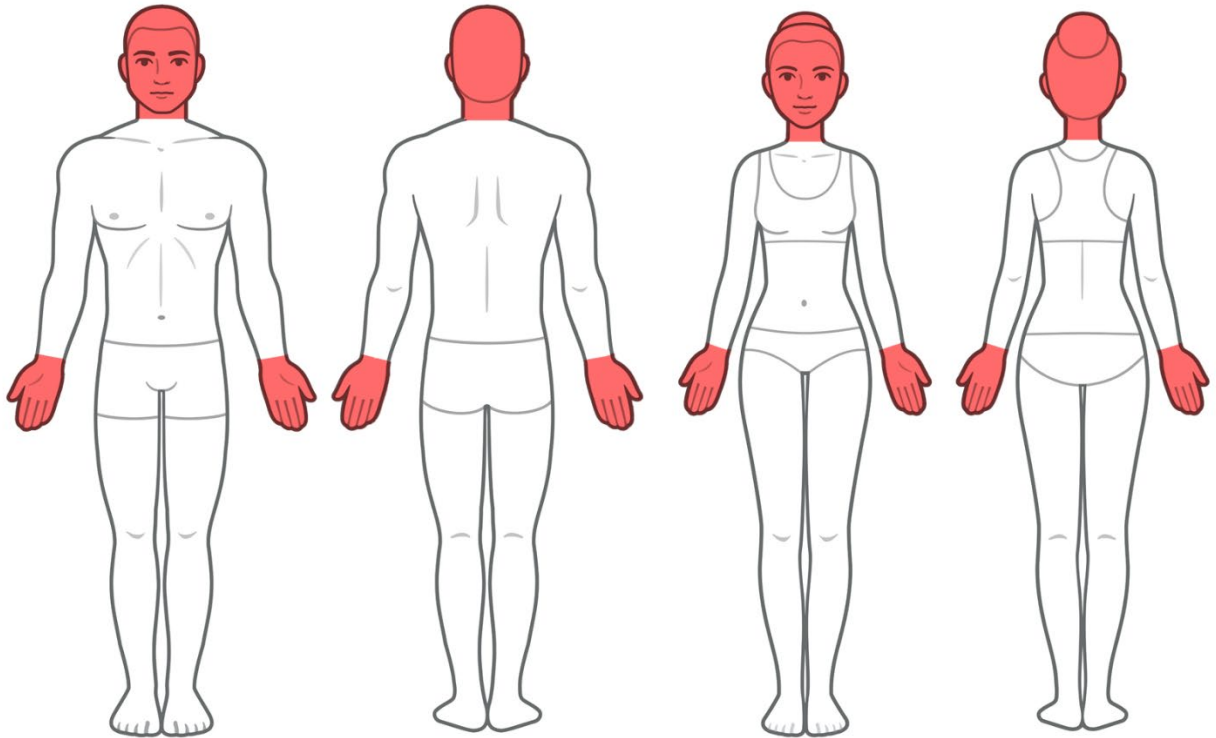
Cognome .....

Sono ammessi esclusivamente tatuaggi che non esprimano messaggi discriminatori o offensivi purché non si trovino su collo, nuca, cranio, faccia e mani.

- indicare nel disegno tutte le parti interessate da tatuaggi
- indicare (obbligatorio) il **significato** del simbolo o della scritta:

.....

.....



 Zone non ammesse

Non ho tatuaggi.

Con la sottoscrizione del presente formulario prendo atto che la verifica della presenza di tatuaggi potrà essere chiesta in qualsiasi momento, come anche l'acquisizione di immagini per la documentazione di eventuali tatuaggi non ammessi.

Luogo e data: ..... Firma: .....

## Autorizzazione per l'ottenimento e la trasmissione di informazioni - SCP

Nell'ambito del concorso a cui mi sono candidato/a, apponendo la mia firma a questo documento autorizzo esplicitamente la Polizia Cantonale a richiedere ad altre Autorità svizzere ed estere, se del caso, a terze persone, autorità di giustizia penale, posti di polizia federali, cantonali e comunali, autorità di stato civile, autorità d'esecuzione e fallimenti, autorità fiscali, autorità militari o altre autorità, il rilascio di informazioni che mi concernono e che sono rilevanti per poter determinare la mia idoneità a svolgere la professione di aspirante ispettore/trice, gendarme o agente, in particolare:

- condotta ed eventuali precedenti penali compatibili con la funzione a concorso;
- buona reputazione, segnatamente non devono risultare comportamenti incompatibili con la funzione a concorso quali condotta disonorevole, non rispetto dei valori etici condivisi dalla società, comportamenti conflittuali, ecc.

Autorizzo inoltre l'Ufficio del medico del personale a trasmettere l'eventuale documentazione medica acquisita durante la selezione, al medico di fiducia della Polizia per poter determinare l'idoneità medica. Accetto infine che i miei dati personali e i risultati dei test siano archiviati su un server dell'Amministrazione e nelle piattaforme di ditte esterne incaricate dalla Polizia cantonale a gestire i risultati delle prove della selezione. Al termine della selezione i dati registrati nelle piattaforme delle ditte esterne verranno cancellati.

### Generalità

Nome .....  
Cognome .....  
Data di nascita .....  
Indirizzo .....  
NAP e Domicilio .....  
Documento ID / n° ..... / .....  
N° AVS .....

Luogo e data: ..... Firma: .....

# Autocertificazione precedenti potenzialmente incompatibili con la funzione di agente di polizia

In conformità dei requisiti richiesti a concorso si chiede ad ogni candidato/a di compilare la presente autocertificazione.

Il/La candidato/a prende atto che:

- informazioni non veritiere e/o incomplete che dovessero emergere dopo l'inoltro della candidatura potranno comportare un'esclusione dalla procedura di selezione oppure dall'interruzione dell'incarico o nomina qualora questi risultassero già in essere;
- qualora nel periodo che intercorre l'inoltro della candidatura e l'inizio della Scuola di polizia accadessero fatti rilevanti per la valutazione dell'idoneità dovrà darne tempestivo avviso alle Risorse umane della Polizia cantonale ([risorseumane@polca.ti.ch](mailto:risorseumane@polca.ti.ch)).

## Generalità

Nome .....

Cognome .....

## 1. INFRAZIONE GRAVE ALLA CIRCOLAZIONE STRADALE CON CONSEGUENTE DECRETO DI ACCUSA

Se il/la candidato/a ha commesso una o più infrazioni gravi, viene considerato il periodo condizionale (periodo di prova) stabilito nella decisione penale. Se lo stesso, alla scadenza del concorso, non è ancora trascorso, il/la candidato/a non potrà essere ammesso/a alla SCP.

Ai sensi dell'art. 16c LCStr, commette un'infrazione grave chi:

- a. violando gravemente le norme della circolazione cagiona un serio pericolo per la sicurezza altrui o assume il rischio di detto pericolo, ad esempio;
  - perdita della padronanza di guida, velocità inadeguata e collisione frontale;
  - sorpasso a destra con manovra di uscita e di rientro;
  - eccesso di velocità: da +25 km/h nella località  
da +30 km/h fuori località e semi-autostrada  
da +35 km/h in autostrada
- b. guida un veicolo a motore in stato di ebbrietà con una concentrazione qualificata di alcol nell'alito o nel sangue (art. 55 cpv. 6 LCStr);
- c. sotto l'influenza di stupefacenti o medicinali o per altri motivi non è idoneo alla guida e in questo stato conduce un veicolo a motore;
- d. intenzionalmente si oppone o si sottrae alla prova del sangue, all'analisi dell'alito o ad un altro esame preliminare disciplinato dal Consiglio federale, che è stato ordinato o lo sarà verosimilmente, o a un esame sanitario completo oppure elude lo scopo di tali provvedimenti;
- e. si è dato alla fuga dopo aver ferito o ucciso una persona;
- f. guida un veicolo a motore nonostante la revoca della licenza.

Tutti i reati gravi sono elencati nella LCStr, articoli: 90 cpv. 2- 4, 91 cpv. 2, 91a cpv. 1, 92 cpv. 2, 93 cpv. 1, 94 cpv. 1, 95 cpv. 1 e 2, 96 cpv. 2, 97 e 98a cpv. 4.

Preso atto di quanto sopra dichiaro:

- Sì, sono stato/a condannato/a con decreto d'accusa per una delle fattispecie sopraindicate. Specificare circostanze e durata del periodo di prova.

---

---

---

- No, non ho subito condanne in questi ambiti.

**2. PIÙ INFRAZIONI, IN AMBITO DI CIRCOLAZIONE STRADALE, CON PARTICOLARE ATTENZIONE ALLA RECIDIVA**

Se il/la candidato/a ha commesso più infrazioni nell'ambito della circolazione stradale e risulta recidivo, devono essere trascorsi almeno due anni dalla scadenza dell'ultima revoca o dalla scadenza del periodo di prova stabilito nella decisione penale, alla scadenza del concorso.

Preso atto di quanto sopra dichiaro:

- Sì, alla scadenza del concorso sarò ancora nel periodo di recidiva. Specificare circostanze e scadenza dell'ultima revoca / durata del periodo di prova.

---

---

---

- No, nessuna recidiva alla scadenza del concorso.

**3. DUE O PIÙ INFRAZIONI PER GUIDA IN STATO DI EBRIETÀ / VELOCITÀ / INCIDENTI / LIEVI O DI MEDIA GRAVITÀ**

Se il/la candidato/a, in uno spazio temporale esiguo (un anno) ha commesso due o più infrazioni per guida in stato di ebbrietà, velocità e incidenti (siano esse di lieve o media gravità, secondo gli artt. 16a e 16b LCStr), è necessario che, alla scadenza del concorso, siano trascorsi almeno due anni dalla scadenza dell'ultima revoca.

Preso atto di quanto sopra dichiaro:

- Sì, alla scadenza del concorso risulterò ancora nei due anni della revoca. Specificare circostanze e scadenza dell'ultima revoca.

---

---

---

- No, nessuna revoca.

**4. INFRAZIONI MEDIO-GRAVI IN AMBITO DI CIRCOLAZIONE STRADALE**

Se il/la candidato/a ha commesso un'unica infrazione considerata medio-grave (confronta art. 16b LCStr) è necessario che sia trascorso almeno un anno, alla scadenza del concorso, dalla scadenza della revoca.

Preso atto di quanto sopra dichiaro:

- Sì, alla scadenza del concorso risulterò ancora nell'anno della revoca. Specificare circostanze e scadenza dell'ultima revoca.

---

---

---

- No, nessuna revoca.



**5. LICENZA DI CONDURRE IN PROVA**

Il/La candidato/a, prende inoltre atto che, in possesso della licenza di condurre in prova, può essere assunto/a a condizione che non abbia subito alcuna revoca. Nel caso in cui il/la candidato/a ha ottenuto una revoca con la licenza di condurre in prova dovrà ottenere la licenza definitiva entro la scadenza del concorso.

**6. SOSTANZE STUPEFACENTI****a) Canapa e derivati (THC ≥ 1%) e Hashish;**

Se nei tre anni precedenti l'inizio della scuola il/la candidato/a non ha più fatto uso di tali sostanze, può essere ammesso/a. Il/La candidato/a viene reso/a attento/a al fatto che per un periodo da determinare caso per caso egli/ella potrà in ogni momento essere sottoposto/a a test di verifica.

**b) Oppiacei, cocaina, allucinogeni, droghe sintetiche, ecc. → vedi sostanze elencate del DFI \*;**  
**Il consumo di tali sostanze comporta in ogni caso l'esclusione dal concorso.**

\* Oltre a quelle più conosciute è possibile trovare in circolazione una notevole varietà e quantità di altre sostanze, più o meno nuove, generalmente di sintesi chimica. Essendo impossibile un aggiornamento in tempo reale su quanto esiste in circolazione, è sempre necessario consultare l'elenco dell'Ordinanza del DFI sugli elenchi degli stupefacenti – 812.121.11 al sito <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2011/363/it>.

Preso atto di quanto sopra dichiaro:

- Sì, ho fatto consumo di sostanze di cui alla lettera a), e l'ultimo consumo risulta **entro** i tre anni dall'inizio della scuola.
- Sì, ho fatto consumo di sostanze di cui alla lettera a), ma l'ultimo consumo risulta **oltre** i tre anni dall'inizio della scuola.
- Sì, ho fatto consumo di sostanze di cui alla lettera b).

Specificare circostanze e scadenza dell'ultimo consumo.

---

---

---

---

- No, nessun consumo di stupefacenti.

**7. ALTRI PRECEDENTI**

Si informa il/la candidato/a che precedenti per eventuali altri reati saranno esaminati durante la fase dell'inchiesta a cui il/la candidato/a si sottoporrà durante la fase di selezione.

Gli eventuali reati saranno valutati tenendo in considerazione i seguenti aspetti:

- il tipo di reato (per esempio: incompatibilità di principio con la funzione di agente di polizia);
- della gravità dell'atto commesso;
- del tempo trascorso dai fatti;
- dell'età al momento dei fatti.

Il/La candidato/a prende atto che una serie di precedenti diversi sarà esaminata in base al quadro generale del/la candidato/a e comporterà una valutazione più severa rispetto ai singoli reati.

Luogo e data: ..... Firma: .....