

## Formulario di candidatura

da inoltrare con tutta la documentazione a:

**Comando Polizia cantonale**  
**Risorse Umane**  
**“Concorso SCP 2020”**  
**Casella postale 2270**  
**6501 Bellinzona**

**Scadenza: 4 febbraio 2019 - 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)  
La priorità qui espressa non può essere modificata in seguito.

Aspirante gendarme  Polizia cantonale

Aspirante agente Polizia comunale  Ascona  Bellinzona  Chiasso  Locarno  
 Losone  Lugano  Mendrisio  Minusio  
 Muralto  Stabio

Aspirante agente Polizia dei Trasporti  Polizia dei Trasporti

---

---

### Identità

---

Cognome

---

Nome

---

Cognome precedente

---

Luogo e data di nascita

---

Attinenza

Cantone

---

Professione

---

Stato civile

---

No. AVS

---

NAP/Domicilio

Cantone

Via e No.

---

Indirizzo email/posta 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  datano 

Scuola reclute militare svolta o prevista

dal/al

Prosciolto 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>	<i>produzione scritta</i>
Indicare lingue:					

**Competenze ed attitudini**

Informatica			
Autovalutazione	<i>nessuna conoscenza</i>	<i>conoscenze di base</i>	<i>conoscenze avanzate</i>
MS-Office			
Altro			
Altro			
Dattilografia			
Autovalutazione	<input type="checkbox"/> nessuna conoscenza	<input type="checkbox"/> conoscenze di base	<input type="checkbox"/> conoscenze avanzate

**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, myspace, twitter, 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 al concorso per la SCP negli anni (indicare): 20      20      20	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Sono stato bocciato in psicologia in occasione di una precedente selezione SCP (indicare anni): 20      20      20	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Mi sono già candidato al concorso per la SCP presso un altro Corpo di Polizia (indicare quale):	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Possiedo la licenza di condurre cat B cambio manuale	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Possiedo una licenza di condurre cat B cambio manuale in prova	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 o il 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"/>
Sono al beneficio di 13 anni di formazione scolastica, professionale o militare per la SCP	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	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Sono solito prendere dei medicinali	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"/>

Autorizzo la creazione e il mantenimento di un incarto sulla mia candidatura di assunzione alla Scuola di polizia del V° circondario (SCP).

Si rende attento il candidato che informazioni inveritiere, false, fuorvianti o imprecise rispettivamente 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 sottoscritto s'impegna a informare immediatamente il responsabile delle risorse umane del Comando della Polizia cantonale qualora nel periodo che intercorre tra la candidatura e l'inizio della Scuola di polizia accadessero fatti rilevanti per la valutazione dell'idoneità.

Luogo e data:

firma:

**Allegati:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> una foto formato passaporto  | <input type="checkbox"/> questionario sullo stato di salute – <b>originale</b>                         |
| <input type="checkbox"/> diploma, attestati e certificati di lavoro – <b>fotocopie*</b>                     | <input type="checkbox"/> certificato medico specialistico di un oftalmologo – <b>originale</b>         |
| <input type="checkbox"/> documento d'identità – <b>fotocopia*</b>   | <input type="checkbox"/> certificato medico specialistico di otorinolaringoiatra – <b>originale</b>    |
| <input type="checkbox"/> estratto del casellario giudiziale centrale – <b>fotocopia*</b>                    | <input type="checkbox"/> licenza di condurre fronte e retro – <b>fotocopia*</b>                        |
| <input type="checkbox"/> questionario casellario giudiziale – <b>originale</b>                              | <input type="checkbox"/> estratto ADMAS – <b>fotocopia*</b>  |
| <input type="checkbox"/> estratto cantonale delle esecuzioni – <b>fotocopia*</b>                            | <input type="checkbox"/> formulario autocertificazione tatuaggi – <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"/> formulario autorizzazione per l'ottenimento d'informazioni – <b>originale</b> |
| <input type="checkbox"/> formulario richiesta dossier sanitario militare – <b>originale</b>                 |  |

\*documenti originali non saranno ritornati

## Questionario relativo al casellario giudiziale per l'assunzione

La legge che disciplina l'impiego dei dipendenti statali o comunali sancisce che il candidato all'assunzione presso l'amministrazione cantonale, federale o comunale presenti anche un estratto del casellario giudiziale.

Se la persona firmataria ha sottaciuto fatti di rilevanza penale, essa si rende colpevole di reticenza e lo Stato o il Comune è liberato da ogni obbligo.

**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 \_\_\_\_\_

Ha già subito una condanna penale?  Sì  No

Se sì, si è trattato:

Di una multa? \_\_\_\_\_

Di una pena privativa della libertà personale sospesa condizionalmente? \_\_\_\_\_

Di una pena privativa della libertà personale da espiare? \_\_\_\_\_

A che anno risale la condanna? \_\_\_\_\_

Attualmente ha in corso un procedimento penale?  Sì  No

Se sì, di che cosa si tratta?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Eventuali osservazioni:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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



## Richiesta dossier sanitario militare

Nell'ambito del concorso a cui mi sono candidato/a e per completare la candidatura presso la Polizia del Cantone Ticino autorizzo la stessa ad ottenere il mio dossier sanitario militare presso l'ufficio preposto.

### Generalità

Nome \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_  
Numero AVS \_\_\_\_\_

Luogo e data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**Formulario da allegare alla candidatura**

## Questionario sullo stato di salute per l'assunzione

La legge che disciplina l'impiego dei dipendenti statali o comunali sancisce che il candidato all'assunzione presso l'amministrazione cantonale, federale o comunale presenti un certificato di buona salute.

Il rapporto di fiducia che il datore di lavoro 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 lo Stato o il Comune è liberato 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	_____
Data di nascita	_____
Indirizzo	_____
NAP e Domicilio	_____
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 che figura sulla pagina seguente 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. Inoltre, sulle parti del corpo non coperte dalla divisa (maglia a maniche corte), sono ammessi esclusivamente "piccoli" tatuaggi. Ai sensi del presente requisito sono considerati "piccoli" i tatuaggi sul collo di dimensioni inferiori ai 5 cm<sup>2</sup> e di 30 cm<sup>2</sup> sul braccio. Qualora, al momento dell'inoltro del concorso, il candidato dovesse presentare un tatuaggio su una parte del corpo non coperta dalla divisa che, pur non evidenziando né messaggi discriminatori né offensivi, **sia di dimensioni uguali o superiori a quanto previsto sopra, lo stesso potrà comunque essere ammesso a patto che sia disposto a prestare servizio coprendo sempre il tatuaggio in questione (divisa a maniche lunghe o calza).**

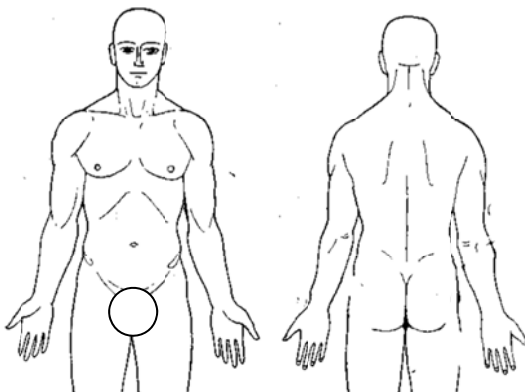
Indossando una maglietta polo a maniche corte risultano i seguenti tatuaggi visibili:

- indicare, in rosso, le parti interessate sulla nuca, sul collo e sulle braccia;

- allegare una foto del tatuaggio

- indicare la dimensione del tatuaggio in cm<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

- indicare il **significato** del simbolo o della scritta (se diversa dalla lingua italiana): \_\_\_\_\_



Indossando una maglietta polo a maniche corte non risultano tatuaggi visibili.

Non ho tatuaggi.

Luogo e data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

## Autorizzazione per l'ottenimento di informazioni

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.

### Generalità

Nome \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
NAP e Domicilio \_\_\_\_\_

Luogo e data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_