



CONSORZIO
CASA
PER PERSONE
ANZIANE
DI RIVIERA

Casella postale
6702 Claro
Tel. 091-873 44 00
Fax 091-873 44 99

Questionario sullo stato di salute per l'assunzione alle dipendenze della Residenza Visagno

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 del Direttore Sanitario dell'Istituto.

Se la persona firmataria ha sottaciuto una malattia esistente o una malattia precedente soggetta a ricadute, essa si rende colpevole di reticenza e la Delegazione consortile è liberata da ogni obbligo.

Una falsa dichiarazione di salute può giustificare, sentito il preavviso del Direttore Sanitario, l'annullamento dell'assunzione o della nomina.

Tutte le informazioni che figurano nel questionario vengono trattate in modo confidenziale.

Generalità

Nome Cognome

Stato civile Data di nascita.....

Professione Indirizzo

NAP e località Tel.

Candidato per la funzione di

**IL QUESTIONARIO VA CONSEGNATO IN BUSTA CHIUSA,
LO STESSO SARÀ VISIONATO ESCLUSIVAMENTE DAL DIRETTORE SANITARIO**



CONSORZIO
CASA
PER PERSONE
ANZIANE
DI RIVIERA

Casella postale
6702 Claro
Tel. 091-873 44 00
Fax 091-873 44 99

1. Attualmente è affetto/a da disturbi alla salute oppure soffre delle conseguenze di un infortunio, di una malattia o di un vizio congenito che potrebbero diminuire durevolmente la sua capacità lavorativa? Si No

2. È affetto/a o è stato/a affetto/a negli ultimi 10 anni da una delle seguenti malattie:
Artrosi, asma, emicrania, ulcera, gotta, infarto, pressione troppo alta, affezioni venose o arteriose, cancro, sclerosi multipla, epilessia, paralisi o altra malattia neurologica grave, diminuzione della vista o dell'udito non interamente corretta, calcoli renali, depressione, disturbi o malattie psichiche, reumatismi, disturbi alla tiroide o altre ghiandole, colpo apoplettico (ictus), disturbi alla colonna vertebrale, sciatica, ernia del disco, diabete, tubercolosi, AIDS, oppure altre malattie che potrebbero, secondo lei, pregiudicare la sua abilità lavorativa? Si No

3. Prevede di sottoporsi prossimamente a un'operazione, di essere ricoverato in un ospedale o istituto di cura? Si No

4. Negli ultimi 2 anni ha dovuto interrompere totalmente o parzialmente il lavoro per un periodo superiore a 2 settimane? Si No

5. È stato/a sottoposto/a a speciali esami medici (radiografie, ECG, esami dell'urina, e del sangue o altri esami specifici), che fanno presupporre una sua inabilità lavorativa in futuro? Si No

6. È a beneficio o ha fatto richiesta di una rendita per un problema medico chirurgico (assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortunio, cassa pensione)? Si No

7. Soffre o ha sofferto di alcoolismo o di altre tossicomanie (droghe o medicinali)? Si No

Data

Firma