

Questionario relativo allo stato di salute

Il rapporto di fiducia che la Fondazione Casa Anziani Regionale San Donato desidera instaurare con ogni dipendente comincia all'assunzione; in quest'ottica la presente autocertificazione (compilata dal candidato) ha lo scopo di informare il datore di lavoro su eventuali ostacoli/limitazioni per lo svolgimento corretto delle mansioni previste per la funzione per la quale ci si candida, legati alla salute.

L'assunzione è inoltre subordinata ad una visita medica di controllo da parte del medico del personale.

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. Ciò può compromettere in modo grave il rapporto di fiducia con il datore di lavoro.

Generalità

Nome

Cognome

Data di nascita

Indirizzo

NAP e Domicilio

Autodichiarazione

È affetto/a o è stato/a affetto/a negli ultimi 10 anni da uno o più disturbi della salute come da elenco sottostante (vedi pagina 2) oppure soffre delle Sì No conseguenze di un infortunio, di una malattia o di un vizio congenito?

È a beneficio o ha fatto richiesta di prestazioni (rendita o provvedimenti professionali) da parte dell'assicurazione invalidità, assicurazione militare, Sì No assicurazione infortunio/malattia o previdenza professionale (LPP)?

Con la firma del presente questionario, dichiara di aver risposto in modo veritiero alle domande poste. Una falsa dichiarazione può giustificare l'annullamento del contratto di impiego. Tutte le informazioni che figurano nel questionario vengono trattate in modo confidenziale.

Luogo e data _____ Firma autografa _____

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 e nelle osservazioni **non** indicare l'eventuale patologia).

- 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.

Eventuali osservazioni:
