

## **QUESTIONARIO SULLO STATO DI SALUTE PER L'ASSUNZIONE ALLE DIPENDENZE DELL'ISTITUTO PER ANZIANI SAN CARLO**

Il Contratto collettivo di lavoro per il personale occupato presso le Case per anziani ed altri enti del Canton Ticino (CCL ROCA) prevede, fra i requisiti per l'assunzione, l'idoneità psicofisica alla funzione.

Il rapporto di fiducia che l'IASC desidera instaurare con ogni suo/a collaboratore comincia dall'assunzione; in quest'ottica la presente autocertificazione (compilata dal/la candidato/a) 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 potrebbe inoltre essere subordinata ad una visita medica di controllo da parte di un medico fiduciario del datore di lavoro.

Se la persona firmataria ha sottaciuto un infortunio e/o malattia esistente o precedente, soggetto/a a ricadute e/o con conseguenze sull'attività prevista, oppure di essere al beneficio o di aver fatto richiesta di prestazioni (rendita o provvedimenti professionali) da parte dell'assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortuni/malattia o previdenza professionale (LPP), essa si rende colpevole di reticenza e l'IASC è liberato da ogni obbligo.

**Una falsa dichiarazione sullo stato di salute può giustificare, sentito il preavviso della Direttrice sanitaria, l'annullamento dell'assunzione, della nomina o del cambio di funzione.**

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

### **GENERALITÀ**

COGNOME ..... Nome .....

Data di nascita ..... Professione .....

Via ..... NAP e domicilio .....

Candidato/a alla funzione di .....

Domande:

1. È affetto/a o è stato affetto 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?

si            no     

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 terapie 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 ulcerose, morbo di Crohn, malattie croniche del fegato o del pancreas, altro).
- Alcoolismo o altre tossicomanie (droghe, medicinali).
- Sequele di malattie e/o infortuni non elencati in precedenza e/o eventuali altre malattie con decorso prolungato o cronico.

2. È a beneficio o ha fatto richiesta di prestazioni (rendita o provvedimenti professionali) da parte dell'assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortunio/malattia o previdenza professionale (LPP)?

si                            no                     

Eventuali osservazioni:

---

---

---

---

---

---

---

---

**Dichiaro di aver risposto sinceramente alle domande e di non aver sottaciuto nulla. Se ritenuto necessario ai fini dell'assunzione, autorizzo i medici e ogni altra persona a cui il datore di lavoro dovesse rivolgersi a dare al suo Direttore/trice sanitario/a tutte le informazioni richieste (indicare il nominativo e recapito telefonico del Medico curante):**

---

**Luogo e data:** \_\_\_\_\_

**Firma autografa:** \_\_\_\_\_