



QUESTIONARIO SULLO STATO DI SALUTE PER L'ASSUNZIONE ALLE DIPENDENZE DEL COMUNE DI LEMA

Generalità offerente

Cognome e nome _____

Cognome da nubile _____

Indirizzo, via _____

Luogo di domicilio/dimora _____ dal _____

Luogo e data di nascita _____

Stato civile _____

Professione attuale _____

Datore di lavoro attuale _____

N. telefono _____ Cell _____

Questionario

sì no

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. È affetto/a o è stato/a affetto/a negli ultimi 10 anni da una delle seguenti malattie (NB: non sottolineare la patologia di cui si è affetti o stati affetti):

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 della 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Prevede di sottoporsi prossimamente a un'operazione, di essere ricoverato in un ospedale o istituto di cura? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Negli ultimi 2 anni ha dovuto interrompere totalmente o parzialmente il lavoro per un periodo superiore a 2 settimane? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. È al beneficio o ha fatto richiesta di una rendita per un problema medico o chirurgico (assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortunio, cassa pensione)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Soffre o ha sofferto di alcolismo o di altre tossicomanie (droghe, medicinali)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Osservazioni

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

Dichiaro di avere risposto in modo completo e veritiero alle precedenti domande.

Luogo e data _____ Firma _____