

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?	☐	☐
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?	☐	☐
3. Prevede di sottoporsi prossimamente a un'operazione, di essere ricoverato in un ospedale o istituto di cura?	☐	☐
4. Negli ultimi 2 anni ha dovuto interrompere totalmente o parzialmente il lavoro per un periodo superiore a 2 settimane?	☐	☐
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?	☐	☐
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)?	☐	☐
7. Soffre o ha sofferto di alcolismo o di altre tossicomanie (droghe, medicinali)?	☐	☐

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 _____

