



Comune di Gravesano

AUTOCERTIFICAZIONE SULLO STATO DI SALUTE PER L'ASSUNZIONE ALLE DIPENDENZE DEL COMUNE DI GRAVESANO

Il Regolamento organico dei dipendenti comunali (ROD) – art. 6 – sancisce che il candidato all'assunzione presso l'amministrazione comunale presenti costituzione fisica compatibile con la funzione.

Il rapporto di fiducia che il Municipio desidera costruire con ogni suo dipendente comincia all'assunzione; in questo senso 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 di un medico fiduciario.

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 e l'Autorità di nomina è libera da ogni obbligo.

Una falsa o incompleta dichiarazione può giustificare, l'annullamento dell'assunzione o della nomina. Tutte le informazioni che figurano nel questionario verranno trattate in modo confidenziale.

Funzione a concorso _____

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Stato civile Celibe/nubile Coniugato/a Vedovo/a Divorziato/a
 Separato/a di fatto Separato/a legalmente
 Unione domestica registrata

Professione attuale _____ Studente Senza occupazione

Indirizzo _____

Numero di telefono _____ E-mail _____

È affetto/a o è stato/a negli ultimi 10 anni da uno o più disturbi della salute come da elenco*
oppure soffre delle conseguenze di un infortunio, di una malattia o di un vizio congenito? sì no

È a beneficio o ha fatto richiesta di prestazioni (rendita o provvedimenti professionali)
da parte dell'assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortunio o cassa pensione sì no

*Elenco riportato a tergo

Eventuali
osservazioni

ELENCO DEI DISTURBI ALLA SALUTE CHE RICHIEDONO UNA RISPOSTA AFFERMATIVA ALLA PRIMA DOMANDA:

(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 terapia medicamentosa, affezioni venose o arteriose, problemi cardiaci (malattia coronarica, infarto, difetto di valvole, altro).*
- *Eemicrania 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.se. 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.*

IL PRESENTE MODULO DEBITAMENTE COMPILATO E SOTTOSCRITTO DEVE ESSERE ACCLUSO ALLA DOCUMENTAZIONE PRESENTATA PER IL POSTO A CONCORSO

Luogo e data _____

Firma autografata _____

*Per i minori di
18 anni
firma di un
genitore/tutore* _____