

## GESTIONE - ASSUNZIONI

### Questionario sullo stato di salute per l'assunzione alle dipendenze del Servizio Cure a Domicilio del Luganese SCuDo

Il rapporto di fiducia che SCuDo desidera instaurare con ogni suo/a collaboratore/trice inizia dall'assunzione.

In quest'ottica la presente autocertificazione (compilata dal/la candidato/a) ha lo scopo di evidenziare eventuali limitazioni/ostacoli legati alla salute che possono avere un impatto allo svolgimento delle mansioni previste per la funzione prescelta. L'assunzione potrebbe inoltre essere subordinata a una visita medica di verifica da parte del medico fiduciario del servizio.

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

Se la persona firmataria, sottace un infortunio o una malattia esistente o precedente, soggetto/a a ricadute e/o con conseguenze sull'attività prevista, oppure di essere a beneficio o di aver fatto richiesta di prestazioni (rendita o provvedimenti professionali) da parte dell'assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortunio/malattia o previdenza professionale (LPP), essa si rende colpevole di reticenza e il Servizio SCuDo è liberato da ogni obbligo nei suoi confronti.

Tutte le informazioni che figurano nel questionario sono considerate confidenziali e trattate conseguentemente.

#### GENERALITÀ

Nome .....	Cognome .....
Data di nascita .....	Professione .....
Via .....	NAP e Domicilio .....
Candidato/a alla funzione di .....	

1

#### DOMANDE

1. È affetto/a o è stato affetto da uno o più disturbi della salute come da elenco sottostante a pagina 2; oppure soffre delle conseguenze di un infortunio, di una malattia o di un vizio o problema congenito?

SI	NO
----	----

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
----	----

## GESTIONE - ASSUNZIONI

### EVENTUALI OSSERVAZIONI

.....

.....

.....

.....

.....

**Dichiaro di aver risposto in modo veritiero, sinceramente alle domande poste e di non avere sottaciuto nulla che riguardi la mia salute. Se ritenuto necessario ai fini dell'assunzione, autorizzo allo scambio di informazioni con il medico aziendale designato dal datore di lavoro (indicare il nominativo e il recapito telefonico del proprio medico curante):**

Nominativo medico curante .....

Contatto telefonico .....

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)**

- Artrosi – artrite o altri problemi alle articolazioni, disturbi della colonna vertebrale, ernia discale, sciatica, reumatismi, gotta, eventuali altre patologie rilevanti dell'apparato locomotorio
- Pressione arteriosa elevata nonostante l'assunzione di farmaci specifici, affezioni venose o arteriose, problemi cardiaci (malattia coronarica, infarto, difetto valvolare, altro)
- Emicrania severa, epilessia, paralisi o altra malattia neurologica grave, sclerosi multipla, colpo apoplettico (ictus), diminuzione della vista e/o dell'udito non interamente corretta
- Disturbi o malattie psichiche (depressione, ansia, fobie, schizofrenia, altro)
- Diabete mellito, disturbi alle ghiandole endocrine, altro
- Malattie infettive con decorso prolungato o cronico (epatiti, tubercolosi, AIDS, altro)
- Malattie croniche del sangue o del sistema linfatico, cancro/tumore
- Malattie croniche dei reni, insufficienza renale
- Malattie/ disabilità congenite
- Intolleranze/allergie
- Malattie croniche delle vie respiratorie (asma, enfisema, BPCO broncopatia cronica ostruttiva, altro)
- Dipendenze (alcolismo, medicinali, droghe, altro)
- Sequele di infortuni e/o malattie non elencati in precedenza, con decorso prolungato o cronico