

## Questionario sullo stato di salute per l'assunzione alle dipendenze dell'ABAD

### Autocertificazione

#### 1. Generalità del candidato

Cognome: ..... Nome: .....

Data di nascita: .....

Via: ..... NAP: ..... Domicilio: .....

Professione: .....

Candidato/a all'attività di: .....

#### 2. Domande generali sullo stato di salute

		Risposta
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	E' affetto/a o è stato/a affetto/a negli ultimi 10 anni da una delle seguenti malattie: 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 <b>non</b> interamente corretta, calcoli renali, depressione, disturbi o malattie psichiche, reumatismi, disturbi alla 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	E' stato/a sottoposto/a a speciali esami medici (radiografie, elettrocardiogramma, esami dell'urina e del sangue o altri esami specifici), che fanno presupporre una sua inabilità lavorativa in futuro?	

6	E' a 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 alcoolismo o di altre tossicomanie (droghe, medicinali)?	
8	È disposto/a a sottoporsi alla vaccinazione annuale contro l'influenza?	

### **3. Anamnesi personale remota**

- Malattie subite (indicare la diagnosi e l'anno)  
.....  
.....
- Operazioni e infortuni subiti (indicare la diagnosi e l'anno)  
.....  
.....

### **4. Anamnesi personale recente**

- Malattie in atto (indicare la diagnosi e da quando)  
.....  
.....
- Operazioni e infortuni in atto (indicare la diagnosi e da quando)  
.....  
.....

### **5. Dichiarazione**

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

Se la persona firmataria ha sottaciuto una malattia esistente o una malattia precedente soggetta a ricadute o che comporti degli impedimenti nello svolgimento della propria attività, essa si rende colpevole di reticenza e l'ABAD è liberata da ogni obbligo nei suoi confronti.

Una falsa dichiarazione di salute può giustificare, sentito il parere del medico di fiducia, il licenziamento immediato, conformemente all'art. 337 CO (mancanza di buona fede).

**Certifico che le risposte e le informazioni ai punti 2, 3 e 4 del presente questionario sono complete e veritiere. In fede.**

Luogo e data: ..... Firma candidato/a: .....