



Formulario dei dati personali (confidenziale)

Dati anagrafici

Cognome _____ Nome _____
Attinenza _____ Sesso F M
Nato/a il _____ Professione appresa _____
Telefono _____ Email _____
Via _____
CAP / Località _____
Stato civile _____

Cognome, nome del coniuge/partner registrato _____ Nato/a il _____

Cognome e nome dei figli	Data di nascita
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Militare – protezione civile

Incorporazione/grado _____

Prosciolto dagli obblighi militari

Per stranieri (allegare copia del permesso)

Cittadinanza _____

Tipo di permesso _____ Valevole dal _____

Scuole e formazione

Genere studio	Località	Titolo studio	Anno del diploma
<input type="checkbox"/> Primaria	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Media	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Superiore o tirocinio (indicare il genere di studio)	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Altri studi (indicare il genere di studio)	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Ultima attività professionale svolta

Datore di lavoro _____	Attività _____
Località _____	data inizio _____ data fine _____

Lingue

Italiano	___ livello	1	Madrelingua	
Francese	___ livello	2	Parlato sufficiente -	Scritto sufficiente
Tedesco	___ livello	3	Parlato sufficiente -	Scritto buono
Inglese	___ livello	4	Parlato sufficiente -	Scritto ottimo
Altro _____	___ livello	5	Parlato buono -	Scritto sufficiente
		6	Parlato buono -	Scritto buono
		7	Parlato buono -	Scritto ottimo
		8	Parlato ottimo -	Scritto sufficiente
		9	Parlato ottimo -	Scritto buono
		10	Parlato ottimo -	Scritto ottimo

Informatica (livello 1: nessuna conoscenza / 2: conoscenza base / 3: conoscenza avanzata)

Word	___ livello	Altro _____	___ livello
Excel	___ livello	Altro _____	___ livello
Power Point	___ livello	Altro _____	___ livello

Luogo e data _____ Firma _____

Questionario sullo stato di salute per l'assunzione alle dipendenze del Comune di Cadenazzo

La legge che disciplina l'impiego dei dipendenti sancisce che il candidato all'assunzione presso l'amministrazione presenti un certificato di buona salute.

Il rapporto di fiducia che il Municipio desidera costruire con ogni suo dipendente comincia dall'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 a 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 il Comune è liberato da ogni obbligo.

Una falsa dichiarazione di salute può giustificare, sentito il medico fiduciario, l'annullamento dell'assunzione o della nomina.

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

Concorso

per la funzione di _____

Dati anagrafici

Cognome _____

Nome _____

Ev. cognome da nubile _____

Stato civile _____

Professione attuale _____

Data di nascita _____

Indirizzo _____

CAP / Località _____

Telefono _____

1. È affetto/a o è stato affetto/a negli ultimi 10 anni da uno o più disturbi della salute come da elenco sottostante oppure soffre delle conseguenze di un infortunio, di una malattia o di un vizio congenito?

Sì

No

2. 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

Luogo e data _____

Firma _____

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 o altri problemi alle articolazioni, disturbi alla 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)
- Emicrania 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 (per esempio 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 cronica 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