



## Questionario sullo stato di salute per l'assunzione alle dipendenze di LAC Lugano Arte e Cultura

Il Contratto collettivo di lavoro del LAC prevede, fra i requisiti per l'assunzione l'idoneità psicofisica ai fini di esercitare la funzione.

Il rapporto di fiducia che il LAC desidera instaurare con ogni suo/a dipendente comincia dall'assunzione; in quest'ottica la presente autocertificazione (compilata dal/la candidato/a) ha lo scopo di informare il datore di lavoro su eventuali ostacoli/limitazioni per lo svolgimento corretto delle mansioni previste per la funzione per la quale ci si candida, legati alla salute. L'assunzione potrebbe inoltre essere subordinata a una visita medica di controllo da parte di un medico fiduciario del datore di lavoro.

Se la persona firmataria ha sottaciuto un infortunio e/o 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 ed il LAC è liberato da ogni obbligo.

**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.**

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

### GENERALITÀ

Nome ..... Cognome .....

Data di nascita ..... Professione .....

Via ..... NAP e Domicilio .....

Candidato/a alla funzione di .....



**Domande**

- 1. È affetto/a o è stato/a affetto/a 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/malattia o previdenza professionale (LPP)?  
Sì  No

**Eventuali Osservazioni**

.....  
.....  
.....

**Dichiaro di avere risposto sinceramente alle domande e di non avere sottaciuto nulla. Se ritenuto necessario ai fini dell'assunzione, autorizzo i medici e ogni altra persona a cui il datore di lavoro dovesse rivolgersi a dare al suo medico aziendale tutte le informazioni richieste (indicare nominativo e recapito telefonico del medico curante):**

.....

**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 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).
- 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 (p.es 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, morbo di Crohn, malattie croniche del fegato o del pancreas, altro).
- Alcoolismo o altre tossicomanie (droghe, medicinali).
- Sequela di malattie e/o infortuni non elencati in precedenza e/o eventuali altre malattie con decorso prolungato o cronico.