



Casa San Giorgio
Istituto per anziani
6614 Brissago

Via San Giorgio 4 - Casella postale 361

Tel. + 41 091 786 11 00 - fax 091 786 11 11

e-mail: info@casasangio.ch

internet: www.casasangio.ch

Questionario - Autodichiarazione sullo stato di salute per l'assunzione alle dipendenze dell'Istituto Casa San Giorgio di Brissago

L'impiego per svolgere la propria attività presso una struttura socio-sanitaria come la nostra, indipendentemente di quale settore si tratti, richiede una buona salute psicofisica.

Al momento del concorso di assunzione, ogni candidato è tenuto a segnalare eventuali problemi di salute che potrebbero compromettere lo svolgimento della professione a cui si indirizza.

In alternativa al questionario, l'interessato può fornire un certificato medico aggiornato.

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 datore di lavoro è liberato da ogni obbligo.

Una falsa dichiarazione di salute può giustificare, sentito il Direttore sanitario dell'Istituto, l'annullamento dell'ammissione.

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

Indicazione della professione per cui si candida la persona

--

Generalità

Nome	
Cognome	
Stato civile	
Professione attuale	
Data di nascita	
Indirizzo	
CAP e domicilio	
Telefono/cellulare	
Recapito posta elettronica	

a)	Attualmente si sente in buona salute ?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
b)	È affetta/o o è stata/o affetta/o negli ultimi 5 anni da uno o più disturbi della salute come da elenco sottostante, oppure soffre delle conseguenze di un infortunio di un malattia o di un vizio congenito ?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
c)	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 ?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
d)	È attualmente in cura per uno dei disturbi di salute sotto elencati ?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
e)	Ha altri problemi che potrebbero mettere a repentaglio la sua salute ?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Luogo e data:

Firma autografa:

.....

Elenco dei disturbi alla salute che richiedono una risposta affermativa alla domanda b)

(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, reuma-tismi, 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, 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.