



Questionario sullo stato di salute

La presente autocertificazione (compilata dal/la candidato/a) ha lo scopo di informare il datore di lavoro su possibili ostacoli, legati allo stato di salute, per lo svolgimento corretto del proprio lavoro. La Fondazione si riserva di subordinare l'assunzione a una visita medica da parte di un medico di fiducia.

Se la persona firmataria ha sottaciuto una malattia esistente, una malattia precedente soggetta a ricadute oppure di essere a beneficio di prestazioni (rendita o provvedimenti professionali) da parte dell'assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortunio o cassa pensione, o averne fatto richiesta, si rende colpevole di reticenza e la Fondazione si riterrà liberata da ogni obbligo.

Cognome _____ Nome _____

Ev. cognome da nubile _____

Stato civile _____

Data di nascita _____

Professione attuale _____

NAP e Domicilio _____ Indirizzo _____

Telefono _____ cellulare _____

email _____

1	È affetto/a o è stato/a affetto/a negli ultimi 10 anni da uno o più disturbi della salute come da elenco alla pagina seguente oppure soffre delle conseguenze di un infortunio, di una malattia o di un vizio congenito? <i>NB non indicare la malattia o il disturbo</i>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
2	È attualmente o è stato/a al beneficio di prestazioni (inteso sia come rendita, sia come provvedimenti professionali) da parte dell'Assicurazione Invalidità (AI), Malattia (AM), Infortuni (LAINF) o della Cassa Pensione (CP), oppure ha fatto richiesta di prestazioni (rendita o provvedimenti professionali) AI, AM, LAINF o CP negli ultimi 10 anni?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

In caso di risposta affermativa alla domanda 2

Svolge altre attività lavorative? si no In che percentuale? _____%

Presso quale datore di lavoro? _____

Luogo e data _____ Firma autografa _____



Elenco dei disturbi alla salute che richiedono una risposta affermativa alla domanda 1:

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 (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 croniche dell'apparato digerente (colite ulcerosa, M. di Crohn, malattie croniche del fegato o del pancreas, altro)
alcolismo o altre tossicomanie (droghe, medicinali)
eventuali altre malattie con decorso prolungato o cronico

Nota bene: non indicare la malattia o il disturbo per il quale ha risposto sì alla domanda 1