



Piazza Croce Bianca 36
CP 18
6742 Polleggio

Telefono +41 91 862 17 73
E-mail comunepolleggio@polleggio.ch
IBAN: CH19 0900 0000 6500 0310 9

QUESTIONARIO SULLO STATO DI SALUTE

TUTTE LE INFORMAZIONI CHE FIGURANO NEL PRESENTE QUESTIONARIO SONO TRATTATE IN MODO CONFIDENZIALE.

GENERALITÀ

Nome		Stato civile	
Cognome		Professione	
Data di nascita		Tel.	
Indirizzo		Cellulare	
Domicilio		e-mail	

TERMINI DEL CONCORSO

Concorso per	
Scadenza	

QUESTIONARIO SULLO STATO DI SALUTE

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?	sì	no
2	È 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 non interamente corretta, calcoli renali, depressione, disturbi o malattie psichiche, eumatismi, 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?	sì	no
3	Prevede di sottoporsi prossimamente a un'operazione, di essere ricoverato in un ospedale o istituto di cura?	sì	no

4	<i>Negli ultimi 2 anni ha dovuto interrompere totalmente o parzialmente il lavoro per un periodo superiore a 2 settimane?</i>	<i>sì</i>	<i>no</i>
5	<i>È stato/a sottoposto/a a speciali esami medici (radiografie, ECG, esami dell'urina e del sangue o altri esami specifici), che fanno presupporre una sua inabilità lavorativa in futuro?</i>	<i>sì</i>	<i>no</i>
6	<i>È a beneficio o ha fatto richiesta di una rendita per un problema medico o chirurgico (assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortunio, cassa pensione)?</i>	<i>si</i>	<i>no</i>
7	<i>Soffre o ha sofferto di alcoolismo o di altre tossicomanie (droghe, medicinali)?</i>	<i>sì</i>	<i>no</i>

Luogo e data: _____

Firma: _____