



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: \_\_\_\_\_