

Questionario sullo stato di salute per l'assunzione di personale

(da inoltrare in busta chiusa all'attenzione della direzione sanitaria)

Il rapporto di fiducia che l'Ente Case Anziani Mendrisiotto desidera costruire con ogni suo/a collaboratore/collaboratrice comincia al momento dell'assunzione.

Il presente questionario, compilato dal/la candidato/a e dal medico curante, ha lo scopo di rendere attento il datore di lavoro su eventuali ostacoli legati alla salute del/la candidato/candidata che potrebbero influenzare lo svolgimento corretto del lavoro.

Nel caso la persona firmataria taccia una malattia esistente o una malattia precedente soggetta a ricadute, si rende colpevole di reticenza e l'istituto è libero da ogni obbligo nei suoi confronti.

Una falsa dichiarazione dello stato di salute può giustificare, sentito il preavviso del medico fiduciario, l'annullamento dell'assunzione. Tutte le informazioni che figurano nel presente questionario saranno trattate in modo confidenziale e nel rispetto della Legge sulla protezione dei dati (LPD).

CONCORSO / ASSUNZIONE

Candidato/a alla funzione di: _____ Grado di occupazione: _____ %

GENERALITÀ DEL/LA CANDIDATO/A

Cognome:

Nome:

Data di nascita: Luogo di nascita:

Indirizzo completo:

N. telefono:

Professione attuale:

Datore di lavoro attuale:

PRIMA PARTE: Autocertificazione**ANAMNESI PERSONALE**

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | SÌ | NO |
| a) 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SÌ NO

- b)** È affetto/a o è stato 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, reumatismi, disturbi della 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 o il suo medico, pregiudicare la sua abilità lavorativa?
- Se sì, specificare:
- c)** Prevede di sottoporsi prossimamente a un intervento chirurgico, di essere ricoverato in un ospedale o istituto di cura?
- d)** Negli ultimi 5 anni ha dovuto interrompere totalmente o parzialmente il lavoro per un periodo superiore a 2 settimane?
- e)** È stato/a sottoposto/a a speciali esami medici (radiografie, EGC, esami dell'urina e del sangue o altri esami specifici) che fanno presumere una sua inabilità lavorativa in futuro?
- f)** È al beneficio o ha fatto richiesta di una rendita per un problema medico chirurgo (assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortunio, cassa pensione)?
- In caso affermativo a chi e quando?
- g)** Soffre o ha sofferto di alcolismo o di altre tossicomanie (droghe, medicinali)?
- h)** Attualmente ha una gravidanza in corso?

Osservazioni:

.....

Dichiaro di aver risposto in modo completo e veritiero alle precedenti domande.

Luogo e data: _____ Firma: _____

SECONDA PARTE: Rapporto del medico curante

GENERALITÀ DEL MEDICO

Cognome e nome:

Indirizzo completo:

N. telefono:

GENERALITÀ DEL PAZIENTE

Cognome e nome: Data di nascita:.....

STATUS PRAESENS

1. Stato generale, stato di nutrizione, cute, linguaggio, peso, altezza

.....

FC PA Peso KG Altezza cm

2. Apparato locomotorio

.....

3. Capo, visus con e senza correzione, udito

.....

4. Torace/polmoni

.....

5. Addome

.....

6. Sistema nervoso/stato psichico

.....

STATO VACCINALE

7. Il/la candidato/a ha una adeguata copertura vaccinale? Sì No

Vaccinazioni raccomandate (indicare la data delle vaccinazioni o allegare libretto vaccinale):

Epatite B:

Ultimo titolo anticorporeale anti-HBs:

Di-Te:

MMR:

DOMANDE COMPLEMENTARI

	SÌ	NO
<p>8. È da prevedere che il/la candidato/a sia esposto/a ad un'invalidità prematura?</p> <p>Se sì, quale, in che misura e per quanto tempo:.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>9. Vi sono eventuali ragioni di ordine medico che potrebbero determinare frequenti e/o prolungate assenze dal lavoro?</p> <p>Se sì, quale, in che misura e per quanto tempo:.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>10. Vi sono ragioni di ordine medico che impediscono al candidato di svolgere l'attività nelle ore notturne?</p> <p><i>In Particolare: angina pectoris, infarti o ictus progressi, Ipertensione arteriosa, diabete mellito, asma bronchiale, disturbi del sonno, epilessia.</i></p> <p>Se sì, quale, in che misura e per quanto tempo:.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>11. Vi sono controindicazioni mediche alla specifica attività per la quale il/la candidato/a ha inoltrato richiesta?</p> <p>Se sì, quale, in che misura e per quanto tempo:.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>12. Vi sono in anamnesi delle sospette o confermate pregresse esposizioni a Tubercolosi?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>13. Eventuali osservazioni del medico curante:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		

Certifico di avere visitato in data odierna il (la) candidato (a) e di avere risposto alle domande in modo esatto e coscienzioso

Luogo e data: _____

Timbro e firma del medico: _____