



Questionario di autocertificazione sullo stato di salute Famiglia diurna e/o Responsabile mensa familiare

Il rapporto di fiducia che l'Associazione Famiglie Diurne Sopraceneri desidera costruire con ogni suo/a dipendente comincia all'assunzione; in questo senso la presente autocertificazione (compilata dal/la candidato/a) ha lo scopo di rendere attento il datore di lavoro su eventuali ostacoli per lo svolgimento corretto del proprio lavoro, legati alla salute. Se la persona firmataria ha sottaciuto una malattia esistente o una malattia precedente soggetta a ricadute, essa si rende colpevole di reticenza.

L'Associazione Famiglie Diurne Sopraceneri è responsabile nei riguardi dei bambini collocati in affidamento diurno. Ritiene quindi indispensabile accertare lo stato di salute della famiglia diurna, cosciente che questa domanda entra nella sfera privata e personale.

**Una falsa dichiarazione di salute può giustificare annullamento dell'assunzione.
Tutte le informazioni che figurano nel questionario vengono trattate in modo confidenziale.**

Generalità del/della candidato/a

Nome: Cognome:

Data di nascita:

Attualmente lei o un membro del nucleo familiare è affetto 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? Se sì, chi:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Qualcuno è affetto o è stato affetto 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 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? Se sì, chi:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Qualcuno prevede di sottoporsi prossimamente a un'operazione, di essere ricoverato in un ospedale o istituto di cura? Se sì, chi:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Negli ultimi 2 anni, qualcuno ha dovuto interrompere totalmente o parzialmente il lavoro per un periodo superiore a 2 settimane? Se si, chi:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Qualcuno è stato sottoposto a speciali esami medici che fanno presupporre un'inabilità lavorativa in futuro? Se si, chi:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
La/il candidata/o è a beneficio o ha fatto richiesta di una rendita per un problema medico o chirurgico (assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortunio, cassa pensione)?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Qualcuno soffre o ha sofferto di alcolismo o di altre dipendenze (es. droghe, medicinali)? Se si, chi:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

La/il dipendente si impegna a informare tempestivamente l'Associazione Famiglie Diurne Sopraceneri in caso di cambiamenti riguardanti lo stato di salute suo o dei membri del nucleo familiare.

Eventuali osservazioni:

.....

.....

Luogo e data:

.....

Firma candidata/o:

.....