

 Istituto Miralago Centro psicopedagogico 6614 Brissago	MANUALE DELLA QUALITÀ	3.1 PERSONALE
Livello 3	Versione: 2.2025	Documento: A 31.053 Pag. 1 di 2 Data: 14.05.2025 Approv. DQ:

Questionario sullo stato di salute

Il rapporto di fiducia che la Fondazione Famiglia I. e G. Rinaldi – Istituto Miralago (in seguito, Istituto) desidera costruire con ogni suo dipendente comincia al momento dell'assunzione.

In questo senso, **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 conferma dell'assunzione potrebbe inoltre essere subordinata ad una visita di controllo da parte di un Medico fiduciario dell'Istituto.

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 l'Istituto si riterrà liberato da ogni obbligo nei suoi confronti. **Una falsa dichiarazione può giustificare l'annullamento dell'assunzione o del cambio di funzione.**

Tutte le informazioni che figurano nel questionario vengono trattate in modo strettamente **confidenziale**.

Si prega di compilare il formulario in modo leggibile (STAMPATELLO)

Concorso

Per la funzione di: _____

Generalità

Cognome _____ Nome _____

Stato civile _____ Data di nascita _____

Professione attuale _____

NAP e Domicilio _____

Indirizzo _____

Telefono _____ E-mail _____

Questionario

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? NB non indicare la malattia o il disturbo.	si ☐ no ☐
2	È attualmente o è stato/a al beneficio di prestazioni (rendita o provvedimenti professionali) da parte dell'Assicurazione Invalidità, Militare, Infortuni o della Cassa Pensione, oppure ha fatto richiesta di prestazioni (rendita o provvedimenti professionali) AI, AM, LAINF o CP negli ultimi 10 anni?	si ☐ no ☐

	MANUALE DELLA QUALITÀ	3.1 PERSONALE
Livello 3	Versione: 2.2025	Documento: A 31.053 Pag. 2 di 2 Data: 14.05.2025 Approv. DQ:

In caso di risposta affermativa alla domanda 2:

Svolge altre attività lavorative? sì ☐ no ☐ In che percentuale? _____%

Presso quale datore di lavoro? _____

In che ambito? _____

3	Se in precedenza attivo professionalmente in ambito sanitario, autorizza la trasmissione della copia del suo dossier di medicina del personale al Medico fiduciario dell'Istituto?	sì ☐ no ☐
---	--	--

IMPORTANTE: per le verifiche dello stato vaccinale ai sensi delle Direttive UMC vigenti, in occasione della visita di controllo da parte del Medico fiduciario, è pregato/a di portare con sé:

- 1) il LIBRETTO DI VACCINAZIONE aggiornato;
- 2) il referto di laboratorio che attesta il TASSO ANTICORPALE per l'EPATITE B (se già vaccinato);
- 3) eventuali referti medici utili.

I costi generati da una dimenticanza sono posti a carico del collaboratore.

Luogo e data _____

Firma _____

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 digestivo (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

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