

Formulario dei dati personali (confidenziale)

1. dati anagrafici

Cognome	.....	Nome	.....
Attinenza	.....	Sesso	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nato/a il	.....	Professione appresa	.....
Telefono	.....	E-mail	.....
Via	.....	
CAP / Località	.....	

Stato civile

Cognome, nome del coniuge/partner registrato Nato/a il

Il coniuge/partner registrato lavora presso l'Amministrazione cantonale: sì no

Unità amministrativa %

per stranieri (allegare copia del permesso)

Cittadinanza

Tipo di permesso Valevole dal

2. scuole e formazione

Genere studio	Località	Titolo studio	Anno del diploma
<input type="checkbox"/> Primaria
<input type="checkbox"/> Media (maggiore, ginnasio)
<input type="checkbox"/> Superiore o Tirocinio: (indicare il genere di studio)
<input type="checkbox"/> Altri studi: (indicare il genere di studio)

3. ultima attività professionale svolta

Datore di lavoro	Attività
Località	data inizio data fine

4. lingue

Italiano	___ livello	1	Madrelingua	
Francese	___ livello	2	Parlato sufficiente	- Scritto sufficiente
Tedesco	___ livello	3	Parlato sufficiente	- Scritto buono
Inglese	___ livello	4	Parlato sufficiente	- Scritto ottimo
Altro	___ livello	5	Parlato buono	- Scritto sufficiente
Altro	___ livello	6	Parlato buono	- Scritto buono
		7	Parlato buono	- Scritto ottimo
		8	Parlato ottimo	- Scritto sufficiente
		9	Parlato ottimo	- Scritto buono
		10	Parlato ottimo	- Scritto ottimo

5. informatica (livello: 1 nessuna conoscenza / 2 conoscenza base / 3 conoscenza avanzata)

Word	___ livello	SAP	modulo:	___ livello
Excel	___ livello	Altro	.....	___ livello
FileMaker	___ livello	Altro	.....	___ livello
Power Point	___ livello	Altro	.....	___ livello

6. figli

Nome	Data di nascita
.....
.....
.....
.....

7. militare - protezione civile

Incorporazione	Grado
----------------------	-------------

Luogo e data Firma

Tutti i cambiamenti devono essere notificati immediatamente alla Sezione delle risorse umane, Area della gestione amministrativa, 6501 Bellinzona (art. 14 RDSt).

Questionario sullo stato di salute per l'assunzione alle dipendenze dello Stato

La legge che disciplina l'impiego dei dipendenti statali sancisce che il candidato all'assunzione presso l'amministrazione cantonale presenti un certificato di buona salute.

Il rapporto di fiducia che lo Stato desidera costruire con ogni suo dipendente comincia all'assunzione; in questo senso la presente autocertificazione (compilata dal candidato) ha lo scopo di rendere attento il datore di lavoro su eventuali ostacoli per lo svolgimento corretto del proprio lavoro, legati alla salute. La conferma dell'assunzione potrebbe inoltre essere subordinata ad una visita medica di controllo da parte di un medico fiduciario.

Se la persona firmataria ha sottaciuto una malattia esistente, una malattia precedente soggetta a ricadute oppure di essere a beneficio o aver fatto richiesta di prestazioni (rendita o provvedimenti professionali) da parte dell'assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortunio o cassa pensione, essa si rende colpevole di reticenza e lo Stato è liberato da ogni obbligo.

**Una falsa dichiarazione di salute può giustificare, sentito il Medico del personale,
l'annullamento dell'assunzione o della nomina.**

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

concorso

Per la funzione di N° del concorso

generalità

Nome
Cognome
Ev. cognome da nubile
Stato civile
Professione attuale
Data di nascita
Indirizzo
NAP e Domicilio
Telefono

1. E' affetto/a o è stato/a affetto/a negli ultimi 10 anni da uno o più disturbi della salute come da elenco sottostante oppure soffre delle conseguenze di un infortunio, di una malattia o di un vizio congenito?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
2. È a beneficio o ha fatto richiesta di prestazioni (rendita o provvedimenti professionali) da parte dell'assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortunio o cassa pensione?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

Luogo e data Firma autografa

Elenco dei disturbi alla salute che richiedono una risposta affermativa alla domanda 1
(N.B.: **non** sottolineare la patologia di cui si è affetti o stati affetti)

- 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 (p.es 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)
- Alcoolismo o altre tossicomanie (droghe, medicinali)
- Eventuali altre malattie con decorso prolungato o cronico