



## AUTOCERTIFICAZIONE QUESTIONARIO PER L'ASSUNZIONE ALLE DIPENDENZE DI REFAL

INFORMAZIONI GENERALI			
Cognome:		Nome:	
Data di nascita:		Luogo di nascita:	
Nazionalità:		Professione:	
Via:		Cap e Luogo:	
☎ Cellulare:		✉ E-mail:	

DISPONIBILITÀ	
Candidato/a alla funzione di:	
Inizio dal:	
Occupazione (%):	
Osservazioni:	

AUTOCERTIFICAZIONE	
<p>Il regolamento che disciplina l'impiego dei collaboratori e delle collaboratrici stabilisce che il/la candidato/a, fra i requisiti per l'assunzione presso la rete REFAL, certifichi la sana idoneità fisica e psichica ed una condotta ineccepibile, ai fini di esercitare idoneamente la funzione.</p> <p>In caso di proposta di assunzione sarà comunque richiesta la presentazione dell'estratto del casellario giudiziale (se del caso anche dell'estratto specifico per privati), in corso di validità e di un certificato medico di buona salute.</p> <p>La presente autocertificazione (compilata dal/la candidato/a) ha lo scopo di rendere attento il datore di lavoro su eventuali ostacoli legati alla salute del/la candidato/a che potrebbero influenzare lo svolgimento corretto del lavoro.</p> <p>Inoltre, l'assunzione potrebbe essere subordinata ad una visita medica di controllo da parte di un medico di fiducia del datore di lavoro.</p> <p>Una falsa dichiarazione può giustificare l'annullamento dell'assunzione.</p> <p>Tutte le informazioni nel questionario vengono trattate in modo strettamente confidenziale.</p>	
Si ritiene una persona di buona condotta?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Ha mai avuto problemi giudiziari e/o di polizia in Svizzera e/o all'estero?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
In caso di risposta affermativa vogliate specificare: .....	
.....	



## AUTOCERTIFICAZIONE QUESTIONARIO PER L'ASSUNZIONE ALLE DIPENDENZE DI REFAL

<p>È affetto/a o è stato affetto/a da uno o più disturbi della salute, oppure soffre delle conseguenze dovute ad un infortunio, ad una malattia o di un vizio congenito?</p> <p>In caso di risposta affermativa vogliate specificare: .....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<p>È a beneficio/ha fatto richiesta di prestazioni (rendita o provvedimenti professionali) da parte dell'assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortunio/malattia o previdenza professionale (LPP)?</p> <p>In caso di risposta affermativa vogliate specificare: .....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<p>Se ritenuto necessario ai fini dell'assunzione, autorizza i medici e ogni altra persona a cui il datore di lavoro dovesse rivolgersi a dare al meglio tutte le informazioni richieste?</p>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

<b>OSSERVAZIONI</b>

<b>CONSENSO</b>
<input type="checkbox"/> Dichiaro che quanto risposto nel questionario corrisponde al vero.
<input type="checkbox"/> Autorizzo al trattamento dei miei dati ai sensi della Legge cantonale sulla protezione dei dati personali (LPDP) e del relativo regolamento applicazione (RLPDP).

<b>FIRMA</b>		
Luogo e data:		Firma: