



**Associazione ciechi e ipovedenti della Svizzera italiana**

## **Scheda di candidatura per concorso**

# Formulario dei dati personali

## Dati anagrafici

|                |       |              |                                                       |
|----------------|-------|--------------|-------------------------------------------------------|
| Cognome        | _____ | Nome         | _____                                                 |
| Nazionalità    | _____ | Ev. permesso | _____                                                 |
| Nato/a il      | _____ | Sesso        | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |
| Telefono       | _____ | Telefono 2   | _____                                                 |
| E-mail         | _____ |              |                                                       |
| Indirizzo      | _____ |              |                                                       |
| NAP / Località | _____ |              |                                                       |

## Titoli di studio

|                               |       |
|-------------------------------|-------|
| Titolo di studio principale   | _____ |
| Sede e anno del diploma       | _____ |
| Altri titoli di ev. interesse | _____ |
|                               | _____ |
|                               | _____ |

## Conoscenze linguistiche e informatiche

|              |                                                     |                                |                                               |                                |                                                                                                                               |
|--------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Italiano     | <input type="checkbox"/> no                         | <input type="checkbox"/> A1/A2 | <input type="checkbox"/> B1/B2                | <input type="checkbox"/> C1/C2 | Valutazione di riferimento:<br>Liv. A: scolastico, sufficiente;<br>Liv. B: discreto, buono;<br>Liv. C: ottimo o lingua madre. |
| Tedesco      | <input type="checkbox"/> no                         | <input type="checkbox"/> A1/A2 | <input type="checkbox"/> B1/B2                | <input type="checkbox"/> C1/C2 |                                                                                                                               |
| Francese     | <input type="checkbox"/> no                         | <input type="checkbox"/> A1/A2 | <input type="checkbox"/> B1/B2                | <input type="checkbox"/> C1/C2 |                                                                                                                               |
| Altre lingue | _____                                               |                                |                                               |                                |                                                                                                                               |
| Informatica  | <input type="checkbox"/> nessuna / poche conoscenze |                                | <input type="checkbox"/> buone / uso corrente |                                | <input type="checkbox"/> ottime / esperto                                                                                     |
| Osservazioni | _____                                               |                                |                                               |                                |                                                                                                                               |

### Esperienze lavorative nell'ambito di attività del posto a concorso

|             |       |                     |       |
|-------------|-------|---------------------|-------|
| Totale anni | ..... | Funzione            | ..... |
| Datore      | ..... | Settore di attività | ..... |

|             |       |                     |       |
|-------------|-------|---------------------|-------|
| Totale anni | ..... | Funzione            | ..... |
| Datore      | ..... | Settore di attività | ..... |

|             |       |                     |       |
|-------------|-------|---------------------|-------|
| Totale anni | ..... | Funzione            | ..... |
| Datore      | ..... | Settore di attività | ..... |

|             |       |                     |       |
|-------------|-------|---------------------|-------|
| Totale anni | ..... | Funzione            | ..... |
| Datore      | ..... | Settore di attività | ..... |

|             |       |                     |       |
|-------------|-------|---------------------|-------|
| Totale anni | ..... | Funzione            | ..... |
| Datore      | ..... | Settore di attività | ..... |

### Altre esperienze lavorative

|             |       |                     |       |
|-------------|-------|---------------------|-------|
| Totale anni | ..... | Funzione            | ..... |
| Datore      | ..... | Settore di attività | ..... |

|             |       |                     |       |
|-------------|-------|---------------------|-------|
| Totale anni | ..... | Funzione            | ..... |
| Datore      | ..... | Settore di attività | ..... |

|             |       |                     |       |
|-------------|-------|---------------------|-------|
| Totale anni | ..... | Funzione            | ..... |
| Datore      | ..... | Settore di attività | ..... |

### Esperienze nel settore sociale o con persone cieche o ipovedenti

|       |
|-------|
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |

Luogo e data ..... Firma .....

# Autocertificazione sullo stato di salute

## concorso

Funzione ..... Anno .....

## generalità

Cognome, Nome .....

Data di nascita .....

NAP e Domicilio .....

## domande per l'autocertificazione

- |                                                                                                                                                                                                                    |                             |                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. È 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 |

**Una falsa dichiarazione può giustificare l'annullamento dell'assunzione.**

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

# Autocertificazione casellario giudiziale

## concorso

Funzione ..... Anno .....

## generalità

Cognome, Nome .....

Data di nascita .....

NAP e Domicilio .....

## domande per l'autocertificazione

Ha già subito una condanna penale? ☐ Sì ☐ No

Se sì, si è trattato:

a) Di una multa?

.....

b) Di una pena privativa della libertà personale sospesa condizionalmente?

.....

c) Di una pena privativa della libertà personale da espiare?

.....

A che anno risale la condanna?

.....

Attualmente ha in corso un procedimento penale? ☐ Sì ☐ No

Se sì, di che cosa si tratta?

.....

.....

.....

.....

Eventuali osservazioni:

.....

.....

.....

.....

Luogo e data ..... Firma autografa .....