



**ARAF**ticino

ASSOCIAZIONE DELLA RETE DI AZIENDE  
FORMATRICI DEL CANTONE TICINO

## **Assumiamo**

### **Apprendiste/i Impiegati di commercio 2024 Ramo Amministrazione Pubblica (Comuni)**

ARAF Ticino garantisce una formazione di qualità nelle aziende formatrici della Rete, che operano nel commercio, nell'industria, nei servizi e nell'amministrazione pubblica, su tutto il territorio cantonale.

## **Requisiti**

- interesse e attenzione per i lavori da svolgere,
- diligenza e senso del dovere nell'esecuzione del lavoro,
- puntualità e accuratezza nell'esecuzione del lavoro,
- attenzione e pulizia nell'esecuzione del lavoro,
- aspetto curato, modi cordiali e disponibilità nei confronti di collaboratori, clienti e terze parti,
- socievolezza, apertura e rispetto nei confronti di persone di diversa natura e scuola di pensiero,
- apertura e propensione a collaborare con persone diverse,
- Conseguimento della licenza di scuola dell'obbligo,
- Buone conoscenze: tedesco, inglese, scritto, orale.

## **Inizio tirocinio**

26 agosto 2024

## **Candidature**

Lettera di presentazione, curriculum vitae CV, attestati scolastici, note di 3° (ev. 4°) media, autocertificazione stato di salute, ev. altri diplomi e/o certificati, ev. profilo dei requisiti, sono da inoltrare in formato pdf tramite la piattaforma [online](https://www.araf.ch/?page_id=45) su: [www.araf.ch/?page\\_id=45](https://www.araf.ch/?page_id=45)

## **Informazioni:**

[\*\*Descrizione della professione commerciale ramo AP\*\*](#)

[\*\*Requisiti delle professioni commerciali\*\*](#)

[\*\*Le nostre aziende formatrici associate\*\*](#)

[\*\*Bandi di concorso attuali\*\*](#)

In osservanza alle [Risoluzioni del Consiglio di Stato](#), ARAF Ticino darà priorità alle assunzioni di persone residenti in Ticino/Mesolcina. Rimandiamo alle normative della protezione dei dati [nLPD](#) e [GDPR](#).





## Questionario sullo stato di salute per l'assunzione alle dipendenze dell'Amministrazione comunale

Il Regolamento organico dei dipendenti comunale (ROD) prevede, fra i requisiti per l'assunzione presso l'Amministrazione comunale, l'idoneità fisica sana ai fini di esercitare la funzione.

Il rapporto di fiducia che l'Amministrazione comunale desidera instaurare con ogni suo/a dipendente comincia dall'assunzione; in quest'ottica la presente autocertificazione (compilata dal/la candidato/a) ha lo scopo di informare il datore di lavoro su eventuali ostacoli/limitazioni per lo svolgimento corretto delle mansioni previste per la funzione per la quale ci si candida, legati alla salute.

Se la persona firmataria ha sottaciuto un infortunio e/o malattia esistente o precedente, soggetto/a a ricadute e/o con conseguenze sull'attività prevista, oppure di essere a beneficio o di aver fatto richiesta di prestazioni (rendita o provvedimenti professionali) da parte dell'assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortunio/malattia o previdenza professionale (LPP), essa si rende colpevole di reticenza e l'Amministrazione comunale è liberata da ogni obbligo.

**Una falsa dichiarazione sullo stato di salute può giustificare, sentito il preavviso del medico del personale, l'annullamento dell'assunzione, della nomina o del cambio di funzione.**

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

### GENERALITÀ:

Nome:

Cognome:

Ev. Cognome da nubile:

Data di nascita:

Professione:

Indirizzo:

NAP e Domicilio:

Numero di telefono:

E-Mail:

Candidato/a alla funzione di:

### DOMANDE:

1. È affetto/a o è stato/a affetto/a 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?

SÌ

NO





2. È a beneficio o ha fatto richiesta di prestazioni (rendita o provvedimenti professionali) da parte dell'assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortunio/malattia o previdenza professionale (LPP)?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<b>EVENTUALI OSSERVAZIONI</b>		
..... ..... .....		
<b>Luogo e data:</b>	.....	
<b>Firma autografa:</b>	.....	
<p>Elenco dei disturbi alla salute che richiedono una risposta affermativa alla domanda 1 <b>(N.B.: <u>NON</u> sottolineare la patologia di cui si è affetti o stati affetti)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Artrosi o altri problemi alle articolazioni, disturbi della colonna vertebrale, ernia del disco, sciatica, reumatismi, gotta, eventuali altri problemi rilevanti dell'apparato locomotivo,</li><li>- Pressione arteriosa alta nonostante l'assunzione di terapia medicamentosa, affezioni venose o arteriose, problemi cardiaci (malattia coronarica, infarto, difetto di valvole, altro),</li><li>- Emicrania severa, epilessia, paralisi o altra malattia neurologica grave, sclerosi multipla, colpo apoplettico (ictus), diminuzione della vista e dell'udito non interamente corretta,</li><li>- Disturbi o malattie psichiche (depressione, ansia, fobie, schizofrenia, altro),</li><li>- Diabete mellito, disturbi alla tiroide o altre ghiandole,</li><li>- Malattie infettive con decorso prolungato (p.es epatite cronica, AIDS, tubercolosi),</li><li>- Malattie croniche del sangue o del sistema linfatico, cancro,</li><li>- Malattie croniche dei reni, insufficienza renale,</li><li>- Malattie croniche delle vie respiratorie (asma, broncopatia cronica ostruttiva, enfisema, altro),</li><li>- Malattie croniche dell'apparato digestivo (colite ulcerosa, morbo di Crohn, malattie croniche del fegato o del pancreas, altro),</li><li>- Alcoolismo o altre tossicomanie (droghe, medicinali),</li><li>- Sequele di malattie e/o infortuni non elencati in precedenza e/o eventuali altre malattie con decorso prolungato o cronico.</li></ul>		

