



ARAFTicino

ASSOCIAZIONE DELLA RETE DI AZIENDE
FORMATRICI DEL CANTONE TICINO

Assumiamo

**Apprendiste/i Impiegati di commercio AFC 2025
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

25 agosto 2025

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](http://www.araf.ch/?page_id=45) su: 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?	<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/malattia o previdenza professionale (LPP)?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

EVENTUALI OSSERVAZIONI

.....
.....
.....

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 locomotivo,
- 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, morbo di Crohn, malattie croniche del fegato o del pancreas, altro),
- Alcoolismo o altre tossicomanie (droghe, medicinali),
- Sequele di malattie e/o infortuni non elencati in precedenza e/o eventuali altre malattie con decorso prolungato o cronico.

