Parte 1 – Da compilare a cura dell’azienda

# Informazioni sull’azienda

|  |  |
| --- | --- |
| Ragione socialeNome dell'azienda |       |
| Indirizzo |       |
| NPA Località |       |
| Persona di contatto |       |
| Funzione |       |
| E-mail |       |
| N° di telefono |       |
| Osservazioni |       |

# Paziente

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e nome |       |
| Data di nascita |       |

# Descrizione dell'ambiente di lavoro

**IMPORTANTE**: È essenziale che il datore di lavoro compili le sezioni 3.1-3.3.

## Posto di lavoro

|  |  |
| --- | --- |
| Posto di lavoro | Reparto |
|       |       |
| Grado di occupazione     % |
| ResponsabileCognome e nome       | Data       |
| Funzione       | Firma |
| N° di telefono       | Une image contenant blanc, conception  Description générée automatiquement |

## Requisiti del posto di lavoro

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Cognitivi / Psicologici / Organizzativi

A.1 [ ]  lavoro al videoterminale >4h al giornoA.2 [ ]  attività che richiedono un elevato livello di concentrazioneA.3 [ ]  lavoro in catena di montaggio / poco tempo disponibileA.4 [ ]  lavoro a squadreA.5 [ ]  lavoro notturnoA.6 [ ]  elevata tensione emotiva | 1. Fisici

B.1 [ ]  trasporto di carichi superiori a 5 kgB.2 [ ]  trasporto di carichi superiori a 10 kgB.3 [ ]  trasporto di carichi superiori a 20 kgB.4 [ ]  vibrazioni degli arti superioriB.5 [ ]  vibrazioni dell’intero corpo |
| 1. Ergonomici / Biomeccanici

C.1 [ ]  movimenti ripetitivi di braccia/mani/ditaC.2 [ ]  movimenti ripetitivi del troncoC.3 [ ]  frequente postura accovacciata/inginocchiataC.4 [ ]  frequente postura con le braccia al di sopra delle spalleC.5 [ ]  frequente postura inclinata in avanti  | 1. Spostamenti / Lavori in altezza

D.1 [ ]  camminare su terreni accidentatiD.2 [ ]  uso frequente di scaleD.3 [ ]  uso di scale a pioli o ponteggiD.4 [ ]  altri lavori in altezza |
| 1. Ambiente di lavoro

E.1 [ ]  esposizione a prodotti chimiciE.2 [ ]  esposizione a fumi / polveriE.3 [ ]  lavoro ad alte temperatureE.4 [ ]  lavoro a basse temperatureE.5 [ ]  rumore | 1. Altro (precisare):

F.1 [ ]  possibilità di telelavoro      |

## Breve descrizione dell'attività

|  |
| --- |
|       |
| attività svolta da seduti:     % oppure      h/gattività in piedi:     % oppure      h/gcamminare:     % oppure      h/g | guida di un'automobile:     % oppure      h/gguida di macchine:     % oppure      h/g |

Parte 2 – Da compilare a cura del medico

Il sottoscritto medico, dopo aver letto la descrizione dell'ambiente di lavoro fornita dal datore di lavoro (Parte 1), certifica che la sua / il suo paziente:

# Presenta una capacità al lavoro

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  totale | dal       |
|  |  |
| [ ]  parziale | dal       al      al    % del grado di occupazione abituale del    % |
|  | [ ]  Questo tempo di presenza deve essere distribuito nell'arco della settimana lavorativa, vale a dire     ore al giorno.[ ]  Durante questo tempo di presenza è possibile svolgere tutte le attività del posto di lavoro abituale.[ ]  Possibilità di telelavoro[ ]  Durante questo tempo di presenza è necessario evitare le seguenti attività:      |
| Osservazioni: |       |

# Incapacità al lavoro

|  |
| --- |
| Caso da notificare all’assicuratore LAINF [ ]  SÌ [ ]  NO [ ]  Situazione da chiarire |

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e nome del medico | Indirizzo |
|       |       |
| Luogo | Data | Timbro e firma |
|       |       | Une image contenant blanc, conception  Description générée automatiquement |