Parte 1 – Da compilare a cura dell’azienda

# Informazioni sull’azienda

|  |  |
| --- | --- |
| Ragione sociale  Nome 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     % | |
| Responsabile  Cognome 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 giorno  A.2  attività che richiedono un elevato livello di concentrazione  A.3  lavoro in catena di montaggio / poco tempo disponibile  A.4  lavoro a squadre  A.5  lavoro notturno  A.6  elevata tensione emotiva | 1. Fisici   B.1  trasporto di carichi superiori a 5 kg  B.2  trasporto di carichi superiori a 10 kg  B.3  trasporto di carichi superiori a 20 kg  B.4  vibrazioni degli arti superiori  B.5  vibrazioni dell’intero corpo |
| 1. Ergonomici / Biomeccanici   C.1  movimenti ripetitivi di braccia/mani/dita  C.2  movimenti ripetitivi del tronco  C.3  frequente postura accovacciata/inginocchiata  C.4  frequente postura con le braccia al di sopra delle spalle  C.5  frequente postura inclinata in avanti | 1. Spostamenti / Lavori in altezza   D.1  camminare su terreni accidentati  D.2  uso frequente di scale  D.3  uso di scale a pioli o ponteggi  D.4  altri lavori in altezza |
| 1. Ambiente di lavoro   E.1  esposizione a prodotti chimici  E.2  esposizione a fumi / polveri  E.3  lavoro ad alte temperature  E.4  lavoro a basse temperature  E.5  rumore | 1. Altro (precisare):   F.1  possibilità di telelavoro |

## Breve descrizione dell'attività

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| attività svolta da seduti:     % oppure      h/g  attività in piedi:     % oppure      h/g  camminare:     % oppure      h/g | guida di un'automobile:     % oppure      h/g  guida 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 |