

Descrizione del posto di lavoro	Serve come base per la redazione del certificato medico dettagliato concernente l'inabilità lavorativa	
Persona assicurata: Cognome:	Nome:	
Via:	CP, Località:	
No. assicurazione sociale:	Sesso:	Data di nascita:
Caso annunciato all'assicurazione: <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, come:	
Assicurazione:	No del caso:	
Descrizione del lavoro		
Compito principale: Attività professionale attuale:		
Particolarità:		
Durata settimanale di lavoro (ore):	Durata di lavoro usuale nell'impresa a tempo pieno ore settimanali:	
Oppure grado di occupazione in %:	Commento:	
Esigenze particolari / Condizioni generali:		
<input type="checkbox"/> lavoro seduto	<input type="checkbox"/> rumore	<input type="checkbox"/> sollevamento pesi < 5kg
<input type="checkbox"/> lavoro in piedi	<input type="checkbox"/> caldo, freddo, vapori	<input type="checkbox"/> sollevamento pesi > 5kg
<input type="checkbox"/> lavoro alternante seduto/in piedi	<input type="checkbox"/> odori	<input type="checkbox"/> sollevamento pesi > 10kg
<input type="checkbox"/> lavoro allo schermo	<input type="checkbox"/> polvere	<input type="checkbox"/> sollevamento pesi > 15kg (parz.)
<input type="checkbox"/> lavoro che esige un contr. visivo	<input type="checkbox"/> frequente posizione contorta	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> contatto con clienti	<input type="checkbox"/> attività manuali precise e con forza	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> lavoro in gruppo	<input type="checkbox"/> con rischio particolare per collaboratori limitati	<input type="checkbox"/>
Tempi di lavoro:		
<input type="checkbox"/> orario fisso	<input type="checkbox"/> lavoro notturno necessario	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> turni alternanti	<input type="checkbox"/> soltanto lavoro notturno	<input type="checkbox"/>
Posto di lavoro adatto alle condizioni di salute: <input type="checkbox"/> disponibile <input type="checkbox"/> possibile solo temporaneamente <input type="checkbox"/> non esiste		
Osservazioni:		
Contatti desiderati: da parte del medico <input type="checkbox"/> desiderato con l'assicurazione <input type="checkbox"/> avrà luogo il:		
Osservazioni:		
Persona da contattare nell'impresa:		
Cognome / Nome:		Datore di lavoro:
Funzione:		Datum:
Tel. diretto:	Mail:	Firma:
Dichiarazione di accordo della persona assicurata:		Firma della persona assicurata:
Sono d'accordo che il mio medico (come sopra indicato) dia informazioni al mio datore di lavoro. Queste informazioni sul formulario "Certificato medico dettagliato sull'inabilità lavorativa destinata al datore di lavoro" non contengono informazioni sulla diagnosi né sul reperto. Le informazioni sul formulario possono pure essere inoltrate all'assicurazione.		Data: Firma:

Da compilare dal datore di lavoro

Se è utilizzata solo la forma maschile, si riferisce sia alle donne sia agli uomini.



Swiss Insurance Medicine
 Interessengemeinschaft Versicherungsmedizin Schweiz
 Communauté d'intérêts suisse de la médecine des assurances
 Comunità d'interessi svizzera medicina assicurativa