



**3. Terapia:** a) Cura attuale:

b) Procedere / proposte (cura ulteriore, radiogrammi, visita medica circondariale ecc.):

c) Ogni quanto hanno luogo le consultazioni?

d) Quanto tempo potranno ancora durare le cure?

**4. Ripresa del lavoro:** a) Ripresa del lavoro al % dal / prevista

b) Dobbiamo intervenire presso l'azienda per l'assegnazione di una mansione adatta?

c) Sono presumibili danni permanenti?  
Se sì, di quale natura?

**5. Osservazioni:**

<b>Prestatario:</b>	* Nome:		*GLN.:
	Via:		RCC:
«* = campo obbligatorio»	*NPA località:		Telefono:
	eMail:		
<b>Esecutore:</b>	Nome:		
se diverso dal prestatario			
	Data:	Firma:	_____

superflua in caso di invio elettronico

**Invio elettronico**  modo produttivo

Il pulsante «Invia» permette l'invio elettronico dei dati alla Suva.

Campo  
aggiuntivo: