

# Descrizione del posto di lavoro

per la valutazione delle possibilità di reinserimento nell'impresa e per la fissazione del grado di capacità lavorativa

<b>Impresa:</b>			
Nome:		IDI:	
Via:		Telefono:	
NPA località:		Mail:	
<b>Responsabile nell'impresa:</b>			
Nome, cognome:		Telefono:	
Funzione:		Mail:	
<b>Nome e cognome della persona infortunata:</b>			
Nome, cognome:		NAS / N. AVS:	
Via:		Data di nascita:	
NPA località:		Sesso:	
<b>Infortunio:</b>			
Infortunio numero:		Data dell'infortunio:	
<b>Descrizione del lavoro:</b>			
Compito principale: Attività principale della persona assicurata nell'impresa anteriore all'infortunio:			
Durata settimanale di lavoro:	h/settimana	Durata di lavoro usuale a tempo pieno:	h/settimana
Oppure grado di occupazione:	%	Commento:	
<b>Esigenze particolari / Condizioni generali:</b>			
<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"/>	
<b>Tempi di lavoro:</b>			
<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"/>	
<b>Posto di lavoro adatto alle condizioni di salute:</b>			
	<input type="checkbox"/> disponibile	<input type="checkbox"/> possibile solo temporaneamente	<input type="checkbox"/> non esiste
Descrizione del posto di lavoro adatto alle condizioni di salute possibile:			
<b>Contatti desiderati:</b>			
	<input type="checkbox"/> desiderato da parte del medico	<input type="checkbox"/> con l'assicurazione il:	
<b>Osservazioni:</b>			

Data:

Firma:

\_\_\_\_\_ superflua in caso di invio elettronico

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