|  |
| --- |
| **DOMANDA DI PERMESSO DI LAVORO (servizio di picchetto, nuovo)** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Richiedente** | N° stabilimento aziendale (RIS) |  | **Segreteria di Stato dell’economia SECO**  Condizioni di lavoro  Protezione dei lavoratori ABAS  Holzikofenweg 36  3003 Berna |
| Persona di contatto |  | |  |
| Telefono |  | |  |
| E-mail |  | |  |
| E-mail azienda / HR |  | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ragione sociale e indirizzo** | **Indirizzo postale** | **Indirizzo per la fattura** |

Per istruzioni sulla compilazione, si rimanda al sito internet [www.permessidilavoro.ch](https://www.seco.admin.ch/seco/it/home/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Arbeitszeitbewilligungen-TACHO/Arbeitszeitbewilligungen-in-Papierform/AZ-Bewilligung-Pikettdienst-Nacht-Sonntag.html)

**Indicate l'intervallo notturno e domenicale fissato nella vostra azienda o reparto d’azienda**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Intervallo notturno** | |  | 23:00 – 06:00 | oppure |  |
| **Intervallo domenicale** | |  | sabato 23:00 – domenica 23:00 | oppure |  |
|  | ***Differimento degli intervalli: la maggioranza dei lavoratori interessati o la rappresentanza degli stessi ha espresso il proprio consenso*** | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Nuovo permesso** |

**Servizio di picchetto**

|  |  |
| --- | --- |
|  | lavoro notturno |
|  | lavoro domenicale |
|  | lavoro nei giorni festivi |
|  | ***il singolo lavoratore ha espresso il proprio consenso al lavoro notturno e/o domenicale*** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Durata del permesso** | | dal |  | al |  | (max. 3 anni) |
| **Reparto/i** |  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Motivazione della domanda** [www.permessidilavoro.ch](https://www.seco.admin.ch/seco/it/home/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Arbeitszeitbewilligungen-TACHO/Arbeitszeitbewilligungen-in-Papierform/AZ-Bewilligung-Pikettdienst-Nacht-Sonntag.html) | |
|  | indispensabilità tecnica e/o economica (art. 28, cpv. 1 e/o 2 OLL 1)  ***la prova deve essere fornita per iscritto, ad es. mediante apposito questionario (modulo in internet)*** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Visita medica e consulenza** (art. 43-45 OLL 1) | |
|  | ha controllato se la visita medica **obbligatoria** d'idoneità al lavoro notturno (secondo l'art. 45 OLL 1) ènecessaria? Per maggiori informazioni al riguardo, si rimanda al nostro sito internet [www.permessidilavoro.ch](https://www.seco.admin.ch/seco/it/home/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Arbeitszeitbewilligungen-TACHO/Medizinische-Untersuchung-Beratung-bei-Nachtarbeit.html) |
|  |  |
|  | ***confermiamo che la visita medica obbligatoria per accertare l'idoneità al lavoro notturno precederà, la prima volta, l’inizio di un’attività elencata nell’art. 45 OLL 1 e successivamente avrà luogo ogni due anni*** |

**Organizzazione, pianificazione e numero di lavoratori secondo il modulo d’indispensabilità**

**Luogo e data**

**Timbro e firma**