



VISITA MEDICA D'IDONEITÀ E CONSULENZA IN CASO DI LAVORO NOTTURNO

(visita medica obbligatoria conformemente all'art. 45 OLL 1)

(v. Guida alle misure preventive di carattere medico nei confronti dei lavoratori impegnati nel lavoro notturno e nel lavoro a squadre → www.permessidilavoro.ch)

Nome e indirizzo del medico:

| |
|--|
| |
|--|

Nome e indirizzo dell'azienda:

| |
|--|
| |
|--|

Persona visitata:

| | | |
|-----------|-------|-----------------|
| Cognome | Nome | Anno di nascita |
| | | |
| Indirizzo | | |
| | | |

Luogo, data:

Firma della persona visitata:

Si prega di sottoscrivere a mano

Decisione:

Dichiaro di aver visitato la persona di cui sopra per deciderne l'idoneità all'impiego nel lavoro notturno e nel lavoro a squadre. (contrassegnare l'opzione pertinente)

- La persona è idonea all'impiego previsto (idoneità).**
- La persona non è momentaneamente idonea all'impiego previsto (inidoneità provvisoria):**
Nuova valutazione tra mesi
- Impiego parzialmente possibile alle seguenti condizioni (idoneità a determinate condizioni):**
.....
.....
- Per ragioni di salute, la persona non è idonea all'impiego previsto (inidoneità).**

Il presente accertamento dell'idoneità è valido al massimo per due anni.

Luogo, data:

Firma del medico:

Si prega di sottoscrivere a mano

Copia della decisione e fattura a: →

Datore di lavoro (autorizzazione al lavoro notturno e al lavoro a squadre). Il datore di lavoro deve conservare il presente modulo conformemente a quanto stabilito dagli articoli 46 LL e 73 OLL 1 per consentire alle autorità di esecuzione e di vigilanza competenti di prenderne visione.

Copia della decisione a: →

Persona visitata