|  |
| --- |
| **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