

Descrizione del posto di lavoro

Gestione delle assenze

Indirizzo dell'azienda:

Persona riferimento in azienda:

Numero di telefono:

Indirizzo e-mail:

Cognome e nome della persona infortunata:

Infortunio n.:

Attività professionale della persona assicurata nell'azienda, anteriore all'infortunio:

Formazione/Perfezionamento professionale/
Formazione complementare (p. es. gruista):

Descrizione dell'attività (esigenze particolari/condizioni quadro):

Orario di lavoro

Ore settimanali:

Grado d'occupazione in %:

Ripartizione dell'attività (tenendo conto della media e di una capacità lavorativa completa):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Officina/preparazione del lavoro: _____ % o
_____ ore/giorno | <input type="checkbox"/> Lavoro seduto: _____ % o
_____ ore/giorno |
| <input type="checkbox"/> Attività su cantiere/montaggio: _____ % o
_____ ore/giorno | <input type="checkbox"/> Lavoro in piedi: _____ % o
_____ ore/giorno |
| <input type="checkbox"/> Ufficio/amministrazione: _____ % o
_____ ore/giorno | <input type="checkbox"/> Lavoro camminando: _____ % o
_____ ore/giorno |
| <input type="checkbox"/> _____ % o
_____ ore/giorno | |

