

Verbale del colloquio di rientro

Gestione delle assenze

Cognome e nome del collaboratore / della collaboratrice:

Divisione:

Nome del superiore:

Data del colloquio:

Incapacità al lavoro dal

al

1. Come valuta il suo stato di salute?

- Buono, non ci sono limitazioni funzionali
 Buono, con alcune limitazioni funzionali
 Insoddisfacente

2. Come valuta la sua capacità lavorativa?

- Buona, non ci sono limitazioni funzionali
 Buona, con alcune limitazioni funzionali
 Insoddisfacente

3. Sulla sua assenza hanno influito / sono stati scatenanti determinati fattori di stress?

- No Sì

a) Dovuti all'ambiente professionale

- Strumenti di lavoro, macchine No Sì In parte
- Clima dei locali No Sì In parte
- Mole o ritmo del lavoro No Sì In parte
- Posto di lavoro (ad es. schermo) No Sì In parte
- Orari di lavoro (ad es. turni di notte) No Sì In parte
- Materiali e sostanze (ad es. allergia) No Sì In parte
- Collaborazione/clima di lavoro No Sì In parte

b) Dovuti ad altri fattori come ...

- No Sì In parte

4. Sono indicate misure di supporto / sgravio?

- No Sì, quali?

5. Appuntamento per colloquio successivo

- No Sì, quando?

Firma del collaboratore / della collaboratrice: