

## 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
- Clima dei locali
- Mole o ritmo del lavoro
- Posto di lavoro (ad es. schermo)
- Orari di lavoro (ad es. turni di notte)
- Materiali e sostanze (ad es. allergia)
- Collaborazione/clima di lavoro

- |                             |                             |                                   |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> In parte |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> In parte |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> In parte |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> In parte |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> In parte |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> 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: .....