suva

# Scheda assistenza (in caso di malattio o infortunio)

## Gestione delle assenze

**Collaboratore/collaboratrice**
Nome/cognome

Telefono

Indirizzo

Inizio dell'assenza

**Indirizzi importanti**

**Familiari**
Nome/cognome

Telefono

Indirizzo

**Medico curante**
Nome/cognome

Telefono

Indirizzo

**Assicurazione**
Persona di contatto

Telefono

Indirizzo

**Prima presa di contatto (verso il 4° giorno di assenza)**

Stato di salute

Il collaboratore ha bisogno di supporto

Durata presumibile dell'assenza

Prossima data di notifica o visita

Chiedere di inviare il certificato medico

Data/visto

## Altri contatti/reinserimento (giornale)

| Data | Contenuto | Osservazione | Visto |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## Chiarire i seguenti questi

| | |
|---|---|
| Possibilità di impieghi temporanei (inventario, rimettere in ordine, servizi corriere ecc.) | |
| Possibilità di impieghi a tempo parziale | |
| Data/visto | |

**Suva**
Casella postale, 6002 Lucerna
www.suva.ch

Consulenza in prevenzione
Tel. 058 411 12 12
modulesdeprevention@suva.ch

88330-3.i