

## 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<br>_____ ore/giorno | <input type="checkbox"/> Lavoro seduto: _____ % o<br>_____ ore/giorno     |
| <input type="checkbox"/> Attività su cantiere/montaggio: _____ % o<br>_____ ore/giorno   | <input type="checkbox"/> Lavoro in piedi: _____ % o<br>_____ ore/giorno   |
| <input type="checkbox"/> Ufficio/amministrazione: _____ % o<br>_____ ore/giorno          | <input type="checkbox"/> Lavoro camminando: _____ % o<br>_____ ore/giorno |
| <input type="checkbox"/> _____ % o<br>_____ ore/giorno                                   |   |

