

Tempi di lavoro:

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> orario fisso | <input type="checkbox"/> lavoro notturno necessario | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> turni alternanti | <input type="checkbox"/> soltanto lavoro notturno | <input type="checkbox"/> |

Posto di lavoro adatto alle condizioni di salute:

- | | | |
|--------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> disponibile | <input type="checkbox"/> possibile solo temporaneamente | <input type="checkbox"/> non esiste |
|--------------------------------------|---|-------------------------------------|

Descrizione del posto di lavoro
adatto alle condizioni di salute
possibile:

Contatti desiderati:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> desiderato da parte del medico | <input type="checkbox"/> con l'assicurazione il: |
|---|--|

Osservazioni:

Data:

Firma: _____
superflua in caso di invio elettronico

Il pulsante «**Invia i dati**» permette l'invio
elettronico dei dati alla Suva.