



## QUESTIONARIO PER LA REVISIONE DELLA RENDITA

Da rispedire direttamente all'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero,  
Av. Edmond-Vaucher 18, Casella postale 3100, CH-1211 Ginevra 2

Nome:  
Nostro rif.:

Nato(a) il:

### Osservazione importante:

Questo questionario dev'essere compilato in modo completo e preciso, a stampatello o, se possibile, dattilografato, datato e firmato.

Numero di telefono dell'assicurato(a): \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail : \_\_\_\_\_

### 1. INFORMAZIONI MEDICHE DALL'ULTIMA REVISIONE / EROGAZIONE DELLA RENDITA

Stai seguendo una terapia medica ? Se sì, di che tipo? Presso quale medico? (nome e indirizzo **completo** del medico)

### 2. INFORMAZIONI ECONOMICHE DALL'ULTIMA REVISIONE / EROGAZIONE DELLA RENDITA

a) Esercita tutt'ora o ha esercitato un'attività lavorativa dopo il \_\_\_\_\_ ?

NO (*Può direttamente datare e firmare il questionario al punto 3 e ritornarcelo*)

SI : Data dell'entrata in funzione :

Data della fine del contratto:             Contratto tutt'ora valido

Statuto :     Dipendente stipendiato(a)  
                  Autonomo(a)  
                  Volontario / Laboratorio protetto

Tasso d'attività : \_\_\_\_ %            a tempo pieno  
  a tempo parziale



Motivazione che l'ha spinto a lavorare a tempo parziale

b) Orario di lavoro e salario

Ore lavorative giornaliere: \_\_\_\_\_ settimanali: \_\_\_\_\_

Salario orario lordo: \_\_\_\_\_ mensile lordo: \_\_\_\_\_

c) Descrizione della sua attività (voglia completare il punto 4 del questionario):

d) Nome e indirizzo esatto del datore di lavoro (via, numero, località, indirizzo e-mail):

e) Se ha dovuto ridurre o interrompere l'attività a causa di una malattia o di un infortunio indichi in quale misura e durante quali periodi esatti (allegare un'attestazione)

f) A seguito di questi periodi d'interruzione ha dovuto cessare definitivamente ogni attività lavorativa ?  
Se sì, da quale data ?



g) Riceve prestazioni da altre assicurazioni svizzere (assicurazione infortuni, SUVA, cassa pensioni LPP, assicurazione sulla vita, ecc.)?

si            no

Nome dell'assicurazione:

---

Indirizzo dell'assicurazione:

---

---

Numero di riferimento:

---

### 3. EVENTUALI OSSERVAZIONI :

Il (la) sottoscritto(a) dichiara di aver risposto alle domande del presente documento in modo completo e veritiero.

Data e luogo :

Firma:

---

---



#### 4. DOMANDE COMPLEMENTARI : DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA INDIVIDUALE

Le informazioni forniteci in questo questionario sono fondamentali. Infatti, permettono al nostro servizio medico di pronunciarsi in modo ottimale sulla sua domanda di prestazioni.

Per le domande seguenti, la preghiamo d'indicare in modo esatto le mansioni principali e le esigenze richieste per effettuare il suo lavoro.

**Quali incarichi e mansioni fanno/facevano parte dell'attività esercitata**      **Con quale frequenza devono/dovevano essere adempiute queste mansioni ? (su una base di 8h/giorno)**

fino a circa ½ h raramente      ½ fino a circa. 3h a volte      3 fino a circa 5¼ h spesso


**Con quali esigenze/mansioni fisiche e intellettuali si è dovuto confrontare?**      **Con quale frequenza devono/dovevano essere adempiute queste mansioni?**

fino a circa ½ h raramente      ½ fino a circa. 3h a volte      3 fino a circa 5¼ h spesso

**Fisiche**

stare seduto
camminare
stare in piedi
sollevare o trasportare carichi (leggeri: 0–10 kg)
sollevare o trasportare carichi (medi: 10–25 kg)
sollevare o trasportare carichi (pesanti: più di 25 kg)
altro

**Intellettuali**

**Le esigenze/mansioni giornaliere sono**  
importanti      medie      basse

concentrazione/attenzione
resistenza
accuratezza
capacità d'interpretazione
altro



**Altre esigenze o mansioni:**

La preghiamo di indicare qualsiasi informazione pertinente che possa darci un'immagine realistica dell'attività esercitata.