



QUESTIONARIO PER LAVORATORI AUTONOMI

Da rispedire direttamente all'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero,
Av. Edmond-Vaucher 18, Casella postale 3100, CH-1211 Ginevra 2, Svizzera
Fax +41 58 461 99 50, E-Mail: oaie@zas.admin.ch

Cognome e nome:	Nato(a) il:
Nostro rif :	

Osservazione importante:

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

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ AUTONOMA PRIMA DEL PROBLEMA DI SALUTE

1. Nome e indirizzo dell'azienda:

--

2. Descrizione esatta dell'attività esercitata **prima del problema di salute**:

--

Pregasi completare ugualmente il punto 14 del questionario

3. Da quando esercita quest'attività?

--

Pregasi allegare copia dell'iscrizione al registro delle imprese o altro documento ufficiale equivalente

4. Orario di lavoro **prima del problema di salute**:

Ore al giorno:

Ore alla settimana:

--	--

5. Salario **prima del problema di salute**:

--

Pregasi allegare copia delle dichiarazioni/ tassazioni fiscali degli ultimi 3 anni prima del problema di salute



6. Fino a quando ha potuto lavorare senza restrizioni?

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ AUTONOMA DOPO IL PROBLEMA DI SALUTE

7. Orario di lavoro **dopo il problema di salute**:

Ore al giorno:

Ore alla settimana:

8. Reddito mensile realizzato **dopo il problema di salute**:

Pregasi allegare copia delle dichiarazioni/tassazioni fiscali degli ultimi 3 anni dopo il problema di salute

9. A causa del problema di salute:

a) ha dovuto effettuare attività più leggere rispetto a quelle svolte in precedenza?

Sì

No

Se sì, quali?

A partire da quando?

b) ha dovuto delegare ad altre aziende alcuni lavori che poteva finora effettuare personalmente?

Sì

No

Se sì, quali?

Spese supplementari occasionate:



c) ha dovuto assumere personale supplementare?

Sì (indicare il numero di lavoratori) : _____ No

Per quale periodo/durata?

Dal: _____ al: _____

Numero d'ore settimanali:

Salario:

Contributi sociali:

d) ha dovuto delegare ai suoi dipendenti lavori che poteva finora effettuare personalmente?

Sì No

Se sì, quali?

10. Periodi di assenza dal lavoro per ragioni di salute (indicare le date precise e la percentuale d'incapacità):

Pregasi allegare i certificati d'indennità malattia dell'assicurazione sanitaria / infortuni / perdita di guadagno

11. Ha cessato definitivamente la sua attività?

Sì No

Se sì, da quando?

Pregasi allegare l'attestato di cancellazione dal registro delle imprese



12. È titolare di una pensione d'invalidità versata dallo Stato di domicilio?

Sì

No

Se sì, da quando?

Pregasi allegare copia della decisione di concessione

13. Osservazioni eventuali:

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

Luogo e data:

Firma:



14. 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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
camminare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stare in piedi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sollevare o trasportare carichi (leggeri: 0–10 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sollevare o trasportare carichi (medi: 10–25 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sollevare o trasportare carichi (pesanti: più di 25 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Le esigenze/mansioni giornaliere sono		
	importanti	medie	basse
Intellettuali			
concentrazione/attenzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
resistenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
accuratezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
capacità d'interpretazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Altre esigenze o mansioni:

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