



QUESTIONARIO PER AGRICOLTORI INDIPENDENTI

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 INDIPENDENTE PRIMA DEL PROBLEMA DI SALUTE

1. Da quando svolge l'attività d'agricoltore indipendente? _____
2. Chi dirige attualmente l'azienda? _____
3. Superficie totale di terreno destinata alla coltura (di sua proprietà o in affitto) in m²:
| _____

Di cui:

- prato-pascolo: _____ m²
- campo: _____ m²

- arboricoltura, comprese noci, olive, bacche o altri frutti: _____ m²
precisare il tipo di coltura: _____

- coltura di ortaggi/cereali: _____ m²
precisare il tipo di coltura: _____

- altre colture: _____ m²
precisare il tipo di coltura: _____

- vigneto: _____ m²
- bosco: _____ m²



Capi di bestiame

- bovini: _____
- montoni: _____
- galline: _____
- capre: _____
- suini: _____
- altri: _____

Macchine agricole

Tipo di macchina: _____ Quantità: _____

Valore complessivo attuale di tutte le macchine agricole:

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

Pregasi completare ugualmente il punto 15 del questionario

4. a) Durata del lavoro **prima del problema di salute**:

Ore al giorno:

Ore alla settimana:

b) Reddito annuale realizzato **prima del problema di salute**:

Anno:

Importo:

Pregasi allegare i giustificativi del reddito d'azienda e le dichiarazioni fiscali degli ultimi 3 anni prima del problema di salute



5. Numero di persone impiegate nell'azienda prima del problema di salute (lei escluso/a):

Membri della famiglia:

Altri lavoratori:

Periodo / stagione:

Dal:

al:

Numero d'ore settimanali:

6. Fino a quando ha potuto lavorare senza restrizioni?

DIMINUZIONE / CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ INDIPENDENTE DOPO IL PROBLEMA DI SALUTE

7. A causa del suo stato di salute:

a) ha dovuto diminuire o cessare alcune attività proprie all'azienda?

Sì

No

Se sì, quali?

b) i membri della sua famiglia hanno dovuto aumentare la loro attività nell'azienda?

Sì

No

Se sì, indicare i membri della famiglia e le attività supplementari da loro assunte:



c) ha dovuto assumere personale supplementare?

Sì, numero di lavoratori: _____ No

Periodo / durata:

Dal:

al:

--	--

Numero d'ore settimanali:

--

Salario:

Contributi sociali:

--	--

8. Reddito annuo netto dell'azienda dopo il **problema di salute**:

Anno:

Importo:

--	--

Pregasi allegare i giustificativi del reddito d'azienda e le dichiarazioni fiscali degli ultimi 3 anni dopo il problema di salute

9. Quali lavori può ancora effettuare?

--

Per quante ore al giorno?

--

10. Quali lavori non può più effettuare a causa del problema di salute?

--



11. Ha cessato definitivamente l'attività?

Sì

No

Se sì, da quando? _____

ATTIVITÀ ACCESSORIA

12. Attività lucrativa accessoria (oltre l'attività agricola)

Tipo d'attività:

Attività indipendente

Attività salariata presso :

Descrizione dell'attività:

Periodo esatto / stagione:

Dal:

al:

Numero d'ore al giorno / settimanali / annuali:

Reddito medio mensile / annuale dell'attività accessoria:

Motivo dell'eventuale cessazione dell'attività accessoria:



13. 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

14. Osservazioni eventuali:

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

Luogo e data:

Firma:



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

Le esigenze/mansioni giornaliere sono
importanti medie basse

Intellettuali

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.