



## QUESTIONARIO PER IL DATORE DI LAVORO

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 deve essere compilato in modo completo e preciso, in stampatello o, se possibile, a macchina, datato e firmato.

### DATI AZIENDALI

Nome e indirizzo dell'azienda:

--

Qualora fossero necessarie ulteriori informazioni, a chi possiamo rivolgerci?

Cognome, nome:

--------------

Numero di telefono:

Numero di fax:

Indirizzo e-mail:

--------------	--------------	--------------

### DATI SUL RAPPORTO LAVORATIVO

1. Inizio ed eventuale fine del rapporto di lavoro

Inizio:

Fine:

--------------	--------------

**Pregasi allegare copia del contratto di lavoro**

Il contratto di lavoro è:

a tempo indeterminato

a tempo determinato (scadenza il \_\_\_\_\_ )

sciolto

in vigore

La persona assicurata è stata assunta dopo essere stata riconosciuta invalida?

Si

No



2. Chi ha sciolto il contratto di lavoro?

---

Per quali motivi?

---

3. Ultimo giorno effettivo di lavoro:

---

#### **DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ ESERCITATA PRIMA DEL PROBLEMA DI SALUTE**

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

---

**Pregasi completare ugualmente il punto 7 del questionario**

attività leggera

attività media

attività pesante

L'attività è particolarmente esposta a influssi quali stress, rumore, freddo, vapore ecc.(specificare quali)?

---

a tempo pieno

a tempo parziale

Tasso d'attività:

%

Motivo della scelta dell'attività a tempo parziale (diminuzione del tasso d'attività per ragioni di salute, economiche, personali o altro)

---



Orario di lavoro ordinario in vigore nell'azienda  
Ore al giorno:                      Ore alla settimana:

--	--

Orario di lavoro della persona assicurata **prima dell'insorgenza del problema di salute**

Ore al giorno:                      Ore alla settimana:                      A partire dal:

--	--	--

Salario

Salario orario lordo:                      Salario mensile lordo:                      Salario annuo lordo:

--	--	--

**Pregasi allegare copia delle ultime 3 buste paga prima del problema di salute**

A complemento dei suddetti importi, vengono rimborsati costi per il vitto e/o l'alloggio? Sono concessi altri vantaggi, rimborsi-spese o prestazioni in natura?

Sì                       No

In caso affermativo, indicare il tipo di prestazione e il montante:

--

Osservazioni eventuali:

--

É possibile allegare copia delle tabelle aziendali di assenza. In tal caso non è necessario compilare la tabella sottostante.

Assenze dovute a malattia e/o infortunio

Contrassegnare le assenze con **M = malattia / I = infortunio**

M / I                      Anno                      Dal                      al                      Incapacità lavorativa in %

--	--	--	--	--	--



## DIMINUZIONE DELL'ATTIVITÀ DOPO IL PROBLEMA DI SALUTE

5. Se la persona assicurata ha dovuto assumere lavori più leggeri a causa del problema di salute, volete rispondere alle seguenti domande

Descrizione esatta dell'attività esercitata **dopo il problema di salute**:

---

---

Quali compiti non possono più essere svolti?

---

---

A partire da quando?

---

---

a tempo pieno

a tempo parziale

Tasso d'attività : \_\_\_\_\_ %

Orario di lavoro della persona assicurata **dopo il problema di salute**:

Ore al giorno:

Ore alla settimana:

A partire dal:

---

---

Salario **dopo il problema di salute**:

Salario orario lordo:

Salario mensile lordo:

Salario annuo lordo:

---

---

**Pregasi allegare copia delle 3 ultime buste paga dopo il problema di salute**

Il salario sopraccitato corrisponde al **rendimento effettivo** della persona assicurata?

Sì

No

In caso di risposta negativa, quale salario corrisponderebbe al suo rendimento?

Montante:

A partire dal:

---

---

Il salario versato comprende **una componente sociale o una prestazione volontaria del datore di lavoro** (dovuta ad esempio a legami familiari, obblighi morali o altro)?

Sì

No

In caso affermativo, indicare il montante:

---

---

---

---



Quanto guadagnerebbe **oggi** la persona assicurata, senza il problema di salute, esercitando la sua attività abituale?

Salario orario lordo:

Salario mensile lordo:

Salario annuo lordo:

--	--	--

**6. Osservazioni eventuali:**

--

Luogo e data:

---

Timbro e firma:

---



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

Le informazioni fornite tramite il presente questionario sono estremamente importanti. Infatti, esse permetteranno al nostro servizio medico di valutare in maniera ottimale la richiesta del vostro dipendente(e).

Per le domande elencate qui di seguito, attiriamo la vostra attenzione sul fatto che le principali mansioni, le esigenze e gli sforzi necessari per lo svolgimento dell'attività dovranno essere indicati nel modo più dettagliato e preciso possibile.

**Quali incarichi e mansioni fanno/facevano parte dell'attività esercitata**      **Con quale frequenza giornaliera 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 fisiche e intellettuali si è dovuto confrontare?**

**Con quale frequenza giornaliera 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.