



Allegato 2c, pagina 1 della direttiva "Esami di idoneità medica"
Conferma della persona

Cognome:	
Nome:	
Data di nascita:	

Condizioni generali

Gli articoli 13 e 40 dell'OVF, articoli 10 e 26 dell'OAASF e gli articoli 12 e 13 della OASF disciplinano le disposizioni generali dell'esame medico quali il livello di requisiti, la frequenza degli esami, la notifica di capacità compromesse da parte della persona, la veridicità dei dati medici forniti rispettivamente la restrizione della sua validità.

Conservazione delle conferme (allegato 2c):

- **un esemplare nella documentazione del medico**
- **un esemplare è destinato all'impresa**
- **un esemplare è destinato alla persona**

La persona conferma di essere a conoscenza delle condizioni generali e di aver fornito indicazioni veritieri sulla sua persona. Con la sua firma dà il proprio assenso alla raccolta e allo scambio reciproco, da parte del medico di fiducia o dello psicologo o dei medici incaricati di eventuali esami speciali, il servizio di medicina specialistico e l'UFT di informazioni o documentazione di tipo medico o psicologico sulla sua persona. Prende atto che l'indicazione di dati falsi o la dissimulazione di fatti essenziali può comportare il rifiuto da parte dell'impresa, in un secondo tempo, di rilasciare il certificato o la revoca temporanea, a tempo indeterminato o permanente del certificato. La persona dà inoltre il proprio assenso, in caso di un'eventuale sostituzione del medico di fiducia, al trasferimento di tutta la documentazione medica che lo riguarda al nuovo medico di fiducia. Infine, in caso di difformità nella percezione dei colori e in caso di constatazione di consumo occasionale di canapa, acconsente a che ne sia informata l'impresa.

Luogo, data:	Firma:
--------------	--------



Allegato 2c pagina 2, della direttiva “Esami di idoneità medica”

Generalità della persona:	
Cognome:	
Nome:	
Data di nascita:	
Impresa:	
No personale:	
Risultato:	
Esame di idoneità medica eseguito da:	
Nome dell'istituto:	
Data dell'esame:	
<input type="checkbox"/> Livello di requisiti 1	
<input type="checkbox"/> Livello di requisiti 2	
<input type="checkbox"/> Livello di requisiti 3	
<input type="checkbox"/> Primo esame di idoneità medica	
<input type="checkbox"/> Controllo medico periodico	
<input type="checkbox"/> Esame medico straordinario/valutazione ai sensi degli art. 12 e 13 OASF	
<input type="checkbox"/> idoneo/a	
<input type="checkbox"/> Ausilio ottico (b.1)	<input type="checkbox"/> Ausilio acustico (b.2)
<input type="checkbox"/> non idoneo/a	
<input type="checkbox"/> idoneo/a con riserva	
<input type="checkbox"/> Frequenza ridotta → prossimo esame fino al:	
<input type="checkbox"/> Limitazioni:	
	<input type="checkbox"/> Deuteranomalia / Percezione ridotta del verde (settore di impiego stabilita dall'impresa secondo l'allegato 5 a/b)
	<input type="checkbox"/> Protanomalia / Percezione ridotta del rosso (settore di impiego stabilita dall'impresa secondo l'allegato 5 a/b)
Osservazioni:	
Esame di idoneità medica valido fino:	
Luogo, data, timbro e firma del medico di fiducia:	