



QUESTIONARIO INFORMATIVO

al fine di ottenere il riconoscimento della:

INVALIDITA' PER IL DIRITTO ALLA PENSIONE ORDINARIA

INIDONEITA' FISICA AL LAVORO AI FINI DEL MUTAMENTO O RICERCA DI OCCUPAZIONE

Il/la Sottoscritto/a _____

Cod. ISS _____ Nato/a il _____ a _____

residente a _____ Via _____

consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, dichiara sotto la propria responsabilità che le seguenti dichiarazioni sono conformi al vero:

attualmente svolgo l'attività di _____
qualifica mansione

presso la ditta _____ di _____ dal _____
sede anno

il mio impegno orario lavorativo settimanale è di ore _____

il mio orario di lavoro è il seguente _____

la mia attività professionale si articola come segue: _____
(descrizione del ciclo lavorativo e delle mansioni e compiti effettivamente svolti)

la mia attività professionale è svolta prevalentemente in posizione (**)

eretta seduta curva accovacciata sdraiata a braccia alzate in ginocchio

in altra posizione (quale?) _____

la mia attività professionale è svolta prevalentemente:

all aperto al chiuso (breve descrizione dei locali) _____

la mia attività professionale prevede l'esposizione a cambiamenti di temperatura, pressione e umidità

NO SI (dove e quando) _____

la mia attività professionale mi espone al contatto con:

Fumi, Vapori, Gas NO SI (quali, dove, quando) _____

la mia attività professionale mi espone al contatto con:

Polveri NO SI (quali, dove, quando) _____

la mia attività professionale mi espone al contatto con altre sostanze:

Polveri NO SI (quali, dove, quando) _____

la mia attività professionale mi espone al rumore:

NO SI (prodotto da e quando) _____

la mia attività professionale mi espone a vibrazioni:

NO SI (prodotte da e quando) _____

la mia attività professionale mi espone al contatto con sostanze liquide:

NO SI (quali, dove, quando) _____

la mia attività professionale prevede sollevamento e lo spostamento di pesi:

NO SI (quali, di che peso, con quale frequenza) _____

la mia attività professionale prevede l'uso dei seguenti strumenti di lavoro:

(elenco delle attrezzature, utensili, apparecchiature, specificandone l'uso) _____

la mia attività professionale prevede lavori di precisione con particolare impegno delle mani

NO SI (come, quando) _____

la mia attività professionale prevede lavori con particolare impegno della vista

NO SI (come, quando) _____

la mia attività professionale prevede lavori con particolare impegno dell'udito

NO SI (come, quando) _____

la mia attività professionale prevede l'uso:

di scale....., ponteggi....., la salita sui tetti....., lavori in quota.....

la mia attività professionale prevede il contatto con altri compagni di lavoro

NO SI (in che occasione) _____

la mia attività professionale prevede la mia responsabilità per il coordinamento e la direzione di altri lavoratori

NO SI (in che occasione) _____

la mia attività professionale prevede il contatto con il pubblico

NO SI (in che occasione) _____

la mia attività professionale prevede l'uso di mezzi di trasporto o locomozione

NO SI (quali) _____

il/la Sottoscritto/a dichiara di svolgere anche la seguente attività lavorativa: _____

il/la Sottoscritto/a segnala inoltre che (particolari aspetti dell'attività professionale che il/la richiedente ritiene essere di nocimento alla sua salute) _____

Alla luce di quanto su esposto, il/la Sottoscritto/a dichiara di non essere nelle condizioni psicofisiche di continuare ad esercitare l'attività di _____

Data _____

Firma _____