

# Conferma dell'adempimento dei requisiti medici per l'Autoprotezione Spostamento (AP S) e altre attività in ambito industriale e/o con pericoli elevati

Collaboratore dell'azienda terza:

Dati personali (secondo documento ufficiale con foto):

<b>Nome Cognome</b>	
<b>Data di nascita</b>	
<b>Azienda</b> (nome, indirizzo)	
<b>Funzione presso le FFS</b>	
<b>Dati di contatto</b> (indirizzo, numero di telefono, indirizzo e-mail)	
<b>Persona di contatto per domande</b> (cognome, nome, funzione, numero di telefono, indirizzo e-mail)	

## Requisiti medici FFS

### **Stato di salute generale stabile**

Nessun disturbo di salute esistente dovuto alla somministrazione di farmaci o al trattamento di malattie, come improvvisa perdita o limitazione dei sensi, vertigini, disturbi dell'equilibrio, disturbi dell'attenzione o della concentrazione

### **Test dell'udito e della vista, compreso il test della visione cromatica (secondo i criteri dell'UFT, LR2)**

- Minima acutezza visiva, non corretta o corretta: occhio migliore 0,5, occhio peggiore 0,3;
- nessuna limitazione del grado di correzione delle lenti;
- le anomalie del senso del colore;
- Capacità uditiva minima (per ogni orecchio)
  - 500 - 2000 Hz                      ▪ 40 dB
  - 3000 Hz                                ▪ 50 dB
  - 4000 Hz                                 ▪ 60 dB

### **Conferma da parte dell'azienda terza (quadro dirigente o ente competente per la conferma):**

Confermo che la persona sopra indicata soddisfa tutti i requisiti medici necessari e dichiaro di essere disposto a presentare, su richiesta, il relativo giustificativo al settore competente delle FFS.

<b>Nome Cognome</b>	
<b>Azienda</b>	
<b>Data, luogo</b>	<b>Firma</b>