

Conferma della conformità con l'udito e la vista

Collaboratore dell'azienda terza:

Dati personali (secondo documento ufficiale con foto):

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

Requisiti medici FFS

Test dell'udito e della vista

- Minima acutezza visiva, non corretta o corretta: occhio migliore 0,5, occhio peggiore 0,3;
- nessuna limitazione del grado di correzione delle lenti;
- 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.

Nome Cognome	
Azienda	
Data, luogo	Firma