

Conferma dell'adempimento dei requisiti medici per l'Autoprotezione Spostamento (AP S) / Attività secondo RTE 20100

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

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 nominata è stata sottoposta a tutti i controlli sanitari necessari ed è risultata idonea.

Nome, Cognome	
Azienda	
Luogo, data	Firma