

# Conferma della conformità con l'udito e la vista

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

### 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
  - 3000 Hz
  - 4000 Hz
  - 40 dB
  - 50 dB
  - 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.

<b>Nome, Cognome</b>	
<b>Azienda</b>	
<b>Luogo, data</b>	<b>Firma</b>