**PIANO DI RITORNO AL LAVORO DEI DIPENDENTI**

|  |  |
| --- | --- |
| NOME DEL LAVORATORE INFORTUNATO | TITOLO / RUOLO |
|  |  |
| NOME SUPERVISORE | AREA / REPARTO |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | DATA DI RITORNO | ORA |
| IL TUO RITORNO AL LAVORO È PREVISTO PER IL GIORNO: |  |  |

|  |
| --- |
| STAI LAVORANDO CON LE SEGUENTI RESTRIZIONI SECONDO IL TUO MEDICO: |
|  |
| SONO STATI EFFETTUATI IL BRIEFING E LA REVISIONE SEGUENTI |
|  | Le restrizioni del medico sono state identificate e chiarite. |
|  | Il supervisore è in grado di comprendere le restrizioni e di fornire una mansione adatta. |
|  | Al lavoratore infortunato è stato fornito un percorso di comunicazione per ottenere supporto. |
|  | Si è verificata una revisione delle politiche/pratiche di sicurezza pertinenti. |
|  | È stata effettuata una revisione delle politiche relative alle risorse umane, tra cui la segnalazione del lavoro, le timbrature e procedure simili. |
|  | L'analisi della domanda di lavoro è stata esaminata unitamente alle restrizioni indicate dal medico. Le funzioni sono state assegnate come indicato di seguito.  |
|  | Sono stati chiariti i requisiti del lavoratore infortunato in merito al lavoro con restrizioni.  |
|  | Sono stati chiariti i requisiti del supervisore in merito all'assegnazione di solo lavoro con restrizioni.  |
|  | Requisito per cui il lavoratore infortunato deve subito recarsi dal proprio medico (o al pronto soccorso) se lascia il lavoro perché ritiene di non poterlo eseguire o di aver subito un'altra lesione.  |
|  |  |
|  |  |

**ATTIVITÀ ASSEGNATE** allegare pagine separate se necessario

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SETT. N.** | **COMPITI ASSEGNATI** | **FEEDBACK DEL DIPENDENTE** | **FEEDBACK DEL SUPERVISORE** | Continuare l'attività modificata? SÌ / NO | Ritorno completo al lavoro?SÌ / NO |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |

**ACCORDO**

Il sottoscritto lavoratore infortunato accetta di partecipare al piano di lavoro transitorio qui descritto. Accetto di svolgere il mio lavoro con attenzione e di lavorare entro le mie restrizioni. Accetto anche di chiedere aiuto quando il lavoro eccederà le mie abilità, di avvisare il mio supervisore in caso di compiti assegnati che vadano oltre le mie abilità e di chiedere assistenza a un supervisore, se necessario.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | NOME | FIRMA | DATA |  |
| DIPENDENTE |  |  |  | CC: Coordinatore delle retribuzioni dei lavoratori File supervisore File dipendente |
| SUPERVISORE |  |  |  |

|  |
| --- |
| **DICHIARAZIONE DI NON RESPONSABILITÀ**Qualsiasi articolo, modello o informazione sono forniti da Smartsheet sul sito web solo come riferimento. Pur adoperandoci a mantenere le informazioni aggiornate e corrette, non offriamo alcuna garanzia o dichiarazione di alcun tipo, esplicita o implicita, relativamente alla completezza, l’accuratezza, l’affidabilità, l’idoneità o la disponibilità rispetto al sito web o le informazioni, gli articoli, i modelli o della relativa grafica contenuti nel sito. Qualsiasi affidamento si faccia su tali informazioni, è pertanto strettamente a proprio rischio. |