

Certificato di Idoneità alla Mansione

(conforme allegato 3A D.Lgs 81/08 e S.M.I.)

Lavoratore CANDIA AURORA **Sesso** F **C.F.** CNDRRA03P45G633B
Nato/a il 05/09/2003 **a** PIEVE DI CORIANO (MN) **Nazionalità** n.d.

Azienda AMAZON TRANSPORT ITALIA S.R.L. **Reparto**
Sede AMAZON - DFV1 - DS (Pordenone, IT) **Qualifica**
Mansione 1-addetto magazzino - warehouseman

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **06/10/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica periodica**
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

LAVORO NOTTURNO (D.lgs n.66 del 2003 2 2113/2004) >80gg/anno :: .	MICROCLIMA SEVERO :: .
MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: .	POSTURA :: .
SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI :: .	

con il seguente esito: **IDONEO**

Da sottoporre a nuova Visita Medica entro il **31-10-2026** previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

Elettrocardiogramma	Glicemia Capillare
Valutazione clinico-funzionale del rachide	QUESTIONARIO OSTEO-ARTICOLARE

Il Medico Competente
MANCINI MARIAROSA

Il Medico Competente
Dott ssa Mariarosa Mancini
(d. 23394)

Il sottoscritto/a CANDIA AURORA

dichiara di avere riferito in modo veritiero al Medico la propria anamnesi e di avere preso visione di quanto a proposito riportato nella Cartella Informatizzata. Dichiaro inoltre di essere stato informato sul significato e sui risultati degli Accertamenti Sanitari effettuati. Dichiaro infine di essere a conoscenza che avverso il giudizio del Medico Competente è ammesso ricorso all'Organo di Vigilanza territoriale competente, ai sensi dell'art. 41 del D.Lgs. 81/2008, entro il termine di 30 giorni

Consapevole della finalità della raccolta ed elaborazione dei propri dati, esposte dal Medico Competente, acconsente, ai sensi della normativa vigente, che sia eseguito il loro trattamento ed archiviazione.

Trasmissione al Lavoratore: **effettuata il:** 06/10/2025 **Mezzo:** EMAIL

Trasmissione al Datore di Lavoro: **effettuata il:** 06/10/2025 **Mezzo:** EMAIL

Rif.

Data Giudizio 06/10/2025