

Certificato di Idoneità alla Mansione

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

Lavoratore FOLCHI MARIA ANNA **Sesso** F **C.F.** FLCMNN88P43A662L
Nato/a il 03/09/1988 **a** BARI (BA) **Nazionalità** n.d.

Azienda LA PARTENOPE SRL **Reparto**
Sede LA PARTENOPE **Qualifica**
Mansione ADDETTO ESPOSIZIONE E VENDITA

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **06/05/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica periodica**
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

ALCOOL :: .	MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: .
POLVERI :: .	POSTURA :: .
RISCHIO TERZI :: .	

con il seguente esito: **IDONEO**

Da sottoporre a nuova Visita Medica entro il **31-05-2026** previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

Etilometria	Valutazione clinico-funzionale del rachide
EMOCROMO COMPLETO CON FORMULA, GAMMA GT, GOT,	TEST DROGHE
QUESTIONARIO AUDIT (WHO 2001) - ALCOOL	QUESTIONARIO OSTEO-ARTICOLARE

Il Medico Competente
CARDINALE PIO GIOVANNI
Dot. Cardinale Giovanni Pio
Medico Chirurgo - Medico del Lavoro
ALBO O.M. RM N° 66382
Albo Medici Competenti N° 23442
CF. CRDGNN91T25L273T

Il sottoscritto/a FOLCHI MARIA ANNA

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. Dichiara inoltre di essere stato informato sul significato e sui risultati degli Accertamenti Sanitari effettuati. Dichiara 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: 08/05/2025 **Mezzo:** EMAIL
Trasmissione al Datore di Lavoro: effettuata il: 08/05/2025 **Mezzo:** EMAIL
Rif.

Data Giudizio 06/05/2025