

Certificato di Idoneità alla Mansione

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

Lavoratore BETTI MATTIA **Sesso** M **C.F.** BTTMTT90E15A468A
Nato/a il 15/05/1990 **a** SINALUNGA (SI) **Nazionalità** ITALIA

Azienda 4D SRL

Reparto

Sede

Qualifica

Mansione ADDETTO CONSEGNE

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **11/09/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica periodica**
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

ALCOOL :: .	GUIDA MEZZI :: .
MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: .	POSTURA :: .

con il seguente esito: **IDONEO**

Da sottoporre a nuova Visita Medica entro il **30-09-2026** previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

Etilometria	Valutazione clinico-funzionale del rachide
Emocromo Completo con Formula	GOT
GPT	Gamma GT
Trigliceridi	QUESTIONARIO AUDIT (WHO 2001) - ALCOOL
QUESTIONARIO OSTEO-ARTICOLARE	

Il Medico Competente
ANGELILLO ALESSANDRO

Il sottoscritto/a BETTI MATTIA

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:** 11/09/2025 **Mezzo:** EMAIL

Trasmissione al Datore di Lavoro: **effettuata il:** 11/09/2025 **Mezzo:** EMAIL

Rif.

Data Giudizio 11/09/2025