CCS HEALTH S.R.L.
Medicina del Lavoro
info@healthccs.com

Certificato di Idoneità alla Mansione

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

Lavoratore ALDAY LOVELL YURE **Sesso** M **C.F.** LDYLLL95S04Z216U
Nato/a il 04/11/1995 **a** FILIPPINE () **Nazionalità** n.d.

Azienda HOKKAIDO SRL **Reparto**
Sede HOKKAIDO SRL **Qualifica**
Mansione Cuoco

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **15/05/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica preventiva**
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: .	POLVERI :: .
POSTURA :: .	SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI :: .

con il seguente esito: **IDONEO**

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

Spirometria	Valutazione clinico-funzionale del rachide
QUESTIONARIO ARTI SUPERIORI	QUESTIONARIO OSTEO-ARTICOLARE

Il Medico Competente
CARDINALE PIO GIOVANNI

Dott. Cardinale Giovanni Pio
Medico Chirurgo - Medico del Lavoro
Ordine OM RM N. 66382
Albo Medici Competenti TN 23442
CF. CRDGNN91T25L273T

Il sottoscritto/a ALDAY LOVELL YURE

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 finalita' 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:** 15/05/2025 **Mezzo:** EMAIL
Trasmissione al Datore di Lavoro: **effettuata il:** 15/05/2025 **Mezzo:** EMAIL
Rif.

Data Giudizio 15/05/2025