

Certificato di Idoneità alla Mansione

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

Lavoratore TERRINONI ANTONELLA

Sesso F **C.F.** TRRNNL88H53A123S

Nato/a il 13/06/1988 **a** ALATRI (FR)

Nazionalità n.d.

Azienda CDM SRLS

Reparto

Sede CDM

Qualifica

Mansione SCAFF/MAGAZZ

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **30/05/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica preventiva**
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: .

POSTURA :: .

con il seguente esito: **IDONEO**

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

Valutazione clinico-funzionale del rachide

QUESTIONARIO OSTEO-ARTICOLARE

Il Medico Competente
ANGELILLO ALESSANDRO

Il sottoscritto/a TERRINONI ANTONELLA

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:** 30/05/2025 **Mezzo:** EMAIL

Trasmissione al Datore di Lavoro: **effettuata il:** 30/05/2025 **Mezzo:** EMAIL

Rif.

Data Giudizio 30/05/2025