

Certificato di Idoneità alla Mansione

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

Lavoratore **GASPARRI TERESA** Sesso **F** C.F. **GSPTRS77M49F839O**
Nato/a il **09/08/1977** a **NAPOLI (NA)** Nazionalità **n.d.**

Azienda **Praesidiumnet S.r.l.** Reparto
Sede **SOLARIS COURMAYEUR** Qualifica
Mansione **CAMERIERA AI PIANI**

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **12/02/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica preventiva**
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

AGENTI CHIMICI :: IRRIVELANTE PER LA SALUTE	MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: .
POSTURA :: .	

con il seguente esito: **IDONEO CON LIMITAZIONI**
NON MOVIMENTARE CARICHI > 10 KG; EVITARE MOVIMENTI DI FLESSIONE DEL TRONCO.

Da sottoporre a nuova Visita Medica entro il **28-02-2026** previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

Spirometria	Valutazione clinico-funzionale del rachide
QUESTIONARIO OSTEO-ARTICOLARE	

Il Medico Competente
ANGELILLO ALESSANDRO

Il sottoscritto/a **GASPARRI TERESA**
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: **12/02/2025** Mezzo: **EMAIL**
Trasmissione al Datore di Lavoro: effettuata il: **12/02/2025** Mezzo: **EMAIL**
Rif.

Data Giudizio **12/02/2025**