

Certificato di Idoneità alla Mansione

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

Lavoratore **PERNAZZA MARCO** Sesso **M** C.F. **PRNMRC68H21H501U**  
Nato/a il **21/06/1968** a **ROMA (RM)** Nazionalità **ITALIA**

Azienda **Società cooperativa Kratos** Reparto  
Sede Qualifica  
Mansione **OPERAIO**

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **14/02/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica preventiva**  
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

|                                         |                              |
|-----------------------------------------|------------------------------|
| AGENTI CHIMICI :: .                     | ALCOOL :: .                  |
| Lavoro in altezza :: .                  | MICROCLIMA SEVERO :: .       |
| MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: . | POLVERI :: .                 |
| RUMORE :: .                             | VIBRAZIONI CORPO INTERO :: . |
| VIBRAZIONI MANO BRACCIO :: .            |                              |

con il seguente esito: **IDONEO**

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

|                                                                        |                                            |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Audiometria                                                            | Etilometria                                |
| Spirometria                                                            | Valutazione clinico-funzionale del rachide |
| prova otovestibolare 1                                                 | Trigliceridi                               |
| emocromo con formula, glicemia, creatinina, transaminasi, gammaGT, es. | QUESTIONARIO ARTI SUPERIORI                |
| QUESTIONARIO AUDIT (WHO 2001) - ALCOOL                                 | QUESTIONARIO OSTEO-ARTICOLARE              |

**Il Medico Competente**  
**ANGELILLO ALESSANDRO**

Il sottoscritto/a **PERNAZZA MARCO**  
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: 14/02/2025      Mezzo: EMAIL  
Trasmissione al Datore di Lavoro: effettuata il: 14/02/2025      Mezzo: EMAIL  
Rif.

Data Giudizio **14/02/2025**