

## Certificato di Idoneità alla Mansione

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

**Lavoratore** PATRIARCA RANIERO

**Sesso** M **C.F.** PTRRNR64L28M141O

**Nato/a il** 28/07/1964 **a** ZAGAROLO (RM)

**Nazionalità** ITALIA

**Azienda** Società cooperativa Kratos

**Reparto**

**Sede**

**Qualifica**

**Mansione** OPERAIO

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **07/07/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica periodica**

per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

AGENTI BIOLOGICI T.U. 81/08 titolo x capo I :: .	MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: .
POLVERI :: .	POSTURA :: .
RISCHIO TERZI :: .	RUMORE :: .
SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI :: .	VIBRAZIONI CORPO INTERO :: .

con il seguente esito: **IDONEO CON PRESCRIZIONI E LIMITAZIONI**

PRESCRIZIONI:NON ADEBIRE AI LAVORI GRAVOSI, OBBLIGO DI OTOPROTETTORI IN PRESENZA DI RUMORE > 80 DB ---

LIMITAZIONI:EVITARE ATTIVITA' DI MMC SOPRA LA LINEA DELLE SPALLE

Da sottoporre a nuova Visita Medica entro il **31-07-2026**

previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

Audiometria	Etilometria
Spirometria	Valutazione clinico-funzionale del rachide
Visita Scheletro	EMOCROMO COMPLETO CON FORMULA, GAMMA GT, GOT, GPT,
TEST DROGHE	QUESTIONARIO AUDIT (WHO 2001) - ALCOOL
QUESTIONARIO OSTEO-ARTICOLARE	

**Il Medico Competente**

ANGELILLO ALESSANDRO

**Dott. Alessandro Angelillo**

Medico Chirurgo O.M.R.M.N. 64166

Elenco Medici Competenti N.22889

Il sottoscritto/a PATRIARCA RANIERO

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: 07/07/2025 **Mezzo:** EMAIL

**Trasmissione al Datore di Lavoro:** effettuata il: 07/07/2025 **Mezzo:** EMAIL

**Rif.**

**Data Giudizio** 07/07/2025