

**Certificato di Idoneità alla Mansione**

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

**Lavoratore** PACINI DARIA **Sesso** F **C.F.** PCNDRA89M60A564N  
**Nato/a il** 20/08/1989 **a** BAGNO A RIPOLI (FI) **Nazionalità** n.d.

**Azienda** OSPITA SRL **Reparto**  
**Sede** FIRENZE - PIAN D'ERCOLE **Qualifica**  
**Mansione** OPERATORE DI STRUTTURA

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **29/10/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica preventiva**  
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

|                                                                   |              |
|-------------------------------------------------------------------|--------------|
| AGENTI BIOLOGICI T.U. 81/08 titolo x capo I :: .                  | ALCOOL :: .  |
| LAVORO NOTTURNO (D.lgs n.66 del 2003 2 2113/2004) >80gg/anno :: . | POSTURA :: . |
| RISCHIO TERZI :: .                                                |              |

con il seguente esito: **IDONEO**

Da sottoporre a nuova Visita Medica entro il **31-10-2026** previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

|                                            |                                                                        |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Etilometria                                | Quantiferon                                                            |
| Valutazione clinico-funzionale del rachide | Azotemia                                                               |
| Trigliceridi                               | emocromo con formula, glicemia, creatinina, transaminasi, gammaGT, es. |
| QUESTIONARIO AUDIT (WHO 2001) - ALCOOL     | QUESTIONARIO OSTEO-ARTICOLARE                                          |

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

Il sottoscritto/a PACINI DARIA  
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:** 29/10/2025 **Mezzo:** EMAIL  
**Trasmissione al Datore di Lavoro:** **effettuata il:** 29/10/2025 **Mezzo:** EMAIL  
**Rif.**

**Data Giudizio** 29/10/2025