

Certificato di Idoneità alla Mansione

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

Lavoratore BAGLIONI MAURO **Sesso** M **C.F.** BGLMRA77A03H501E
Nato/a il 03/01/1977 **a** ROMA (RM) **Nazionalità** ITALIA

Azienda D.E.C.A. S.R.L. **Reparto**
Sede FIRENZE **Qualifica**
Mansione GIARDINIERE REPARTO MANUTENZIONE - SERVIZI VARI

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **08/08/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica preventiva**
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

AGENTI CHIMICI :: .	GUIDA MEZZI :: .
Lavoro in altezza :: .	MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: .
POSTURA :: .	RISCHIO TERZI :: .
SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI :: .	VIBRAZIONI MANO BRACCIO :: .

con il seguente esito: **IDONEO CON PRESCRIZIONI**
OBBLIGO DI UTILIZZARE OTOPROTETTORI IN PRESENZA DI RUMORE >80 DB

Da sottoporre a nuova Visita Medica entro il **31-08-2026** previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

Audiometria	Elettrocardiogramma
Etilometria	Spirometria
Valutazione clinico-funzionale del rachide	TEST DROGHE
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 BAGLIONI MAURO
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:** 08/08/2025 **Mezzo:** EMAIL
Trasmissione al Datore di Lavoro: **effettuata il:** 08/08/2025 **Mezzo:** EMAIL
Rif.

Data Giudizio 08/08/2025