

Certificato di Idoneità alla Mansione

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

Lavoratore PAPI CRISTIAN

Sesso M **C.F.** PPACST78M23D583F

Nato/a il 23/08/1978 **a** FIGLINE VALDARNO (FI)

Nazionalità ITALIA

Azienda F.LLI RIGHI S.r.l.

Reparto

Sede F.LLI RIGHI S.r.l.

Qualifica

Mansione TRASPORTATORE CARRELLISTA

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **02/10/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica periodica**
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

ALCOOL :: .

GUIDA MEZZI :: .

POSTURA :: .

RISCHIO TERZI :: .

VIBRAZIONI CORPO INTERO :: .

con il seguente esito: **IDONEO**

Da sottoporre a nuova Visita Medica entro il **31-10-2026**

previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

Etilometria

Spirometria

Valutazione clinico-funzionale del rachide

TEST DROGHE

Trigliceridi

emocromo con formula, glicemia, creatinina, transaminasi, gammaGT, es.

QUESTIONARIO AUDIT (WHO 2001) - ALCOOL

Il Medico Competente
ANGELILLO ALESSANDRO

Il sottoscritto/a **PAPI CRISTIAN**

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:** 02/10/2025

Mezzo: EMAIL

Trasmissione al Datore di Lavoro: **effettuata il:** 02/10/2025

Mezzo: EMAIL

Rif.

Data Giudizio 02/10/2025