

## Certificato di Idoneità alla Mansione

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

**Lavoratore** GUERRINI SAMUELE

**Sesso** M **C.F.** GRRSML71P05F656F

**Nato/a il** 05/09/1971 **a** MONTEVARCHI (AR)

**Nazionalità** ITALIA

**Azienda** Guerrini Samuele impresa individuale

**Reparto**

**Sede** Guerrini Samuele impresa individuale

**Qualifica**

**Mansione** operaio agricolo trattorista

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **16/10/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica periodica**  
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

AGENTI CHIMICI :: .	GUIDA MEZZI :: .
MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: .	POLVERI :: .
RISCHIO TERZI :: .	RUMORE :: .
VIBRAZIONI CORPO INTERO :: .	

con il seguente esito: **IDONEO CON LIMITAZIONI**  
NON ADIBIRE A LAVORI GRAVOSI

### Eventuali note dell' idoneità:

paziente iper-suscettibile alle ondate di calore, non adibire a mansioni all'aperto durante le giornate a rischio.

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

Audiometria	Elettrocardiogramma
Etilometria	Spirometria
Valutazione clinico-funzionale del rachide	Visita Scheletro
TEST DROGHE	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 **GUERRINI SAMUELE**

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:** 16/10/2025

**Mezzo:** EMAIL

**Trasmissione al Datore di Lavoro:** **effettuata il:** 16/10/2025

**Mezzo:** EMAIL

**Rif.**

**Data Giudizio** 16/10/2025