

Certificato di Idoneità alla Mansione

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

Lavoratore SAMPAOLI DAIANE

Sesso F **C.F.** SMPDNA96E70Z602J

Nato/a il 30/05/1996 **a** BRASILE ()

Nazionalità ITALIA

Azienda Studio Odontoiatrico Werling

Reparto

Sede Studio Odontoiatrico Werling

Qualifica

Mansione ASO

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **07/10/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica periodica**

per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

AGENTI BIOLOGICI T.U. 81/08 titolo x capo I :: .

AGENTI CHIMICI :: Irrilevante per la salute

con il seguente esito: **IDONEO**

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

Ab-Anti Varicella-Zoster IgG	Ab-Anti Varicella-Zoster IgM
HBs Anticorpi (Ab di superficie)	Morboillo Anticorpi, IgG
Morboillo Anticorpi, IgM	Rosolia Anticorpi, IgM
Rosolia Anticorpi, IgG	emocromo con formula, glicemia, creatinina, transaminasi, gammaGT, es.

Il Medico Competente
ANGELILLO ALESSANDRO

Il sottoscritto/a **SAMPAOLI DAIANE**

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 finalita' 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: 07/10/2025 **Mezzo:** EMAIL

Trasmissione al Datore di Lavoro: effettuata il: 07/10/2025 **Mezzo:** EMAIL

Rif.

Data Giudizio 07/10/2025