

Certificato di Idoneità alla Mansione

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

Lavoratore ZOURE SALIF

Nato/a il 01/02/1990 **a** COSTA D'AVORIO ()

Sesso M **C.F.** ZROSLF90B01Z313J

Nazionalità ITALIA

Azienda OSPITA SRL

Sede LIVORNO - CARAVELLA

Reparto

Mansione OPERATORE DI STRUTTURA

Qualifica

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **27/11/2025** 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 **30-11-2026** previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

Etilometria	Valutazione clinico-funzionale del rachide
Azotemia	Quantiferon
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 ZOURE SALIF

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: 27/11/2025 **Mezzo:** EMAIL

Trasmissione al Datore di Lavoro: effettuata il: 27/11/2025 **Mezzo:** EMAIL

Rif.

Data Giudizio 27/11/2025