

Certificato di Idoneità alla Mansione

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

Lavoratore ZOURE SALIF

Sesso M **C.F.** ZROSLF90B01Z313J

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

Nazionalità ITALIA

Azienda OSPITA SRL

Reparto

Sede LIVORNO - CARAVELLA

Qualifica

Mansione OPERATORE DI STRUTTURA

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. Dichiaro inoltre di essere stato informato sul significato e sui risultati degli Accertamenti Sanitari effettuati. Dichiaro 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:** 27/11/2025

Mezzo: EMAIL

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

Mezzo: EMAIL

Rif.

Data Giudizio 27/11/2025