

Certificato di Idoneità alla Mansione

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

Lavoratore CAPRIFOGLI ANDREA

Sesso M **C.F.** CPRNDR90H25A944

Nato/a il 25/06/1990 **a** BOLOGNA (BO)

Nazionalità ITALIA

Azienda MULTIOLOGISTICS S.p.A

Reparto

Sede BOLOGNA

Qualifica

Mansione ADDETTI UFFICIO

Protocollo Sanitario con periodicità **60 Mesi**

in data **24/07/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica preventiva in fase preassuntiva**
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: .

con il seguente esito: **IDONEO**

Da sottoporre a nuova Visita Medica entro il **31-07-2030**


previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

Screening visivo Visiotest

Valutazione clinico-funzionale del rachide

QUESTIONARIO ARTI SUPERIORI

Il Medico Competente
MANCINI MARIAROSA


Dot.ssa MARIAROSA MANCINI
Spec. in Medicina Legale e delle Assicurazioni
Via Montegrando, 14 - 00199 Roma
Tel. 33 3648504
Partita IVA 10018280015

Il sottoscritto/a CAPRIFOGLI ANDREA

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:** 24/07/2025

Mezzo: EMAIL

Trasmissione al Datore di Lavoro: **effettuata il:** 24/07/2025

Mezzo: EMAIL

Rif.

Data Giudizio 24/07/2025