

**Certificato di Idoneità alla Mansione**

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

|                                                |                                             |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Lavoratore</b> CAMETTI ROBERTO              | <b>Sesso</b> M <b>C.F.</b> CMTRRT73B12H501R |
| <b>Nato/a il</b> 12/02/1973 <b>a</b> ROMA (RM) | <b>Nazionalità</b> ITALIA                   |

|                                             |                  |
|---------------------------------------------|------------------|
| <b>Azienda</b> EURO OMNIA SERVICE S.C.A.R.L | <b>Reparto</b>   |
| <b>Sede</b> EURO OMNIA SERVICE S.C.A.R.L    | <b>Qualifica</b> |
| <b>Mansione</b> Meccanico                   |                  |

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **15/04/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica periodica**  
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

|                                         |              |
|-----------------------------------------|--------------|
| AGENTI CHIMICI :: .                     | ALCOOL :: .  |
| MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: . | POLVERI :: . |

con il seguente esito: **IDONEO**

Da sottoporre a nuova Visita Medica entro il **30-04-2026** previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

|                                                                        |                                            |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Spirometria                                                            | Valutazione clinico-funzionale del rachide |
| Colesterolo Totale                                                     | Esame Urine                                |
| emocromo con formula, glicemia, creatinina, transaminasi, gammaGT, es. | QUESTIONARIO AUDIT (WHO 2001) - ALCOOL     |

**Il Medico Competente**  
ANGELILLO ALESSANDRO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Il sottoscritto/a CAMETTI ROBERTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                          |                                  |                     |
|------------------------------------------|----------------------------------|---------------------|
| <b>Trasmissione al Lavoratore:</b>       | <b>effettuata il:</b> 15/04/2025 | <b>Mezzo:</b> EMAIL |
| <b>Trasmissione al Datore di Lavoro:</b> | <b>effettuata il:</b> 15/04/2025 | <b>Mezzo:</b> EMAIL |
|                                          |                                  | <b>Rif.</b>         |

**Data Giudizio** 15/04/2025