

Certificato di Idoneità alla Mansione

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

Lavoratore FAVILLI FRANCESCA

Sesso F **C.F.** FVLFNC81L70A390K

Nato/a il 30/07/1981 **a** AREZZO (AR)

Nazionalità ITALIA

Azienda AON SRL

Reparto

Sede

Qualifica

Mansione impiegato

Protocollo Sanitario con periodicità **60 Mesi**

in data **05/06/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica preventiva**
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

POSTURA :: .

VIDEOTERMINALI (VDT) :: .

con il seguente esito: **IDONEO**

Da sottoporre a nuova Visita Medica entro il **30-06-2030** previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

Screening visivo Visiotest

Valutazione clinico-funzionale del rachide

QUESTIONARIO OSTEO-ARTICOLARE

Il Medico Competente
ANGELILLO ALESSANDRO

Il sottoscritto/a FAVILLI FRANCESCA

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:** 05/06/2025 **Mezzo:** EMAIL

Trasmissione al Datore di Lavoro: **effettuata il:** 05/06/2025 **Mezzo:** EMAIL

Rif.

Data Giudizio 05/06/2025