

Certificato di Idoneità alla Mansione

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

Lavoratore ABILLALIAI ELONA **Sesso** F **C.F.** BLLLNE92A46Z100P
Nato/a il 06/01/1992 **a** ALBANIA () **Nazionalità** ITALIA

Azienda BIFRONS di Filippo Colongo **Reparto**
Sede BIFRONS di Filippo Colongo **Qualifica**
Mansione Cuoco

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **17/09/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica periodica**
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

| | |
|---|---|
| MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: . | POLVERI :: . |
| POSTURA :: . | SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI :: . |

con il seguente esito: **IDONEO CON LIMITAZIONI**

NON MOVIMENTARE CARICHI > 10 KG; EVITARE MOVIMENTI DI FLESSIONE DEL TRONCO.

Da sottoporre a nuova Visita Medica entro il **30-09-2026** previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

| | |
|-----------------------------|--|
| Spirometria | Valutazione clinico-funzionale del rachide |
| QUESTIONARIO ARTI SUPERIORI | QUESTIONARIO OSTEO-ARTICOLARE |

Il Medico Competente
ANGELILLO ALESSANDRO

Il sottoscritto/a ABILLALIAI ELONA

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.

Trasmissione al Lavoratore: **effettuata il:** 17/09/2025 **Mezzo:** EMAIL
Trasmissione al Datore di Lavoro: **effettuata il:** 17/09/2025 **Mezzo:** EMAIL
Rif.

Data Giudizio 17/09/2025