

Certificato di Idoneità alla Mansione

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

|                                                  |                                             |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Lavoratore</b> FUSETTO CHIARA                 | <b>Sesso</b> F <b>C.F.</b> FSTCHR00H48F952C |
| <b>Nato/a il</b> 08/06/2000 <b>a</b> NOVARA (NO) | <b>Nazionalità</b> n.d.                     |
| <b>Azienda</b> JYSK Italia S.r.l.                | <b>Reparto</b>                              |
| <b>Sede</b> Novara                               | <b>Qualifica</b> Sales Assistant            |
| <b>Mansione</b> Addetto Vendite                  |                                             |

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**  
in data **22/01/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica periodica**  
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

|                                         |              |
|-----------------------------------------|--------------|
| MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: . | POSTURA :: . |
|-----------------------------------------|--------------|

con il seguente esito: **IDONEO**  
Da sottoporre a nuova Visita Medica entro il **31-01-2026** previa esecuzione dei seguenti accertamenti :  
Valutazione clinico-funzionale del rachide      QUESTIONARIO OSTEO-ARTICOLARE

**Il Medico Competente**  
ANGELILLO ALESSANDRO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                  |                     |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------|--|
| Il sottoscritto/a FUSETTO CHIARA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                  |                     |  |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                  |                     |  |
| <b>Trasmissione al Lavoratore:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>effettuata il:</b> 22/01/2025 | <b>Mezzo:</b> EMAIL |  |
| <b>Trasmissione al Datore di Lavoro:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>effettuata il:</b> 22/01/2025 | <b>Mezzo:</b> EMAIL |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                  | <b>Rif.</b>         |  |

**Data Giudizio** 22/01/2025