

**Certificato di Idoneità alla Mansione**

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

|                                                |                                            |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>Lavoratore</b> OTHMAN MOHAMED               | <b>Sesso</b> M <b>C.F.</b> THMMMD92H22Z336 |
| <b>Nato/a il</b> 22/06/1992 <b>a</b> EGITTO () | <b>Nazionalità</b> ITALIA                  |

|                                       |                  |
|---------------------------------------|------------------|
| <b>Azienda</b> GRUPPO LEONARDO S.R.L. | <b>Reparto</b>   |
| <b>Sede</b> GRUPPO LEONARDO S.R.L.    | <b>Qualifica</b> |
| <b>Mansione</b> OPERAIO GENERICO      |                  |

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **13/10/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica preventiva**  
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

|                              |                                               |
|------------------------------|-----------------------------------------------|
| AGENTI CHIMICI :: .          | ALCOOL :: .                                   |
| Lavoro in altezza :: .       | MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: .       |
| POLVERI :: .                 | RISCHIO TERZI :: .                            |
| RUMORE :: .                  | SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI :: . |
| VIBRAZIONI CORPO INTERO :: . |                                               |

con il seguente esito: **IDONEO**

Da sottoporre a nuova Visita Medica entro il **31-10-2026** previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

|                                                                        |                             |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Audiometria                                                            | Elettrocardiogramma         |
| Etilometria                                                            | Spirometria                 |
| Valutazione clinico-funzionale del rachide                             | Visita Scheletro            |
| prova otovestibolare 1                                                 | Trigliceridi                |
| emocromo con formula, glicemia, creatinina, transaminasi, gammaGT, es. | QUESTIONARIO ARTI SUPERIORI |
| QUESTIONARIO AUDIT (WHO 2001) - ALCOOL                                 |                             |

**Il Medico Competente**  
**ANGELILLO ALESSANDRO**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Il sottoscritto/a OTHMAN MOHAMED                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 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> 13/10/2025 | <b>Mezzo:</b> EMAIL |
| <b>Trasmissione al Datore di Lavoro:</b> | <b>effettuata il:</b> 13/10/2025 | <b>Mezzo:</b> EMAIL |
|                                          |                                  | <b>Rif.</b>         |

**Data Giudizio** 13/10/2025