

Certificato di Idoneità alla Mansione

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

Lavoratore SERAFINI SIMONA

Sesso F **C.F.** SRFSMN74D68A390F

Nato/a il 28/04/1974 **a** AREZZO (AR)

Nazionalità n.d.

Azienda Sottosopra a.s.d.

Reparto

Sede Sottosopra a.s.d.

Qualifica

Mansione Istruttrice circense

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:

Lavoro in altezza :: .	MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: .
POSTURA :: .	SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI :: .

con il seguente esito: **IDONEO**

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

Elettrocardiogramma	Etilometria
Spirometria	Trigliceridi
emocromo con formula, glicemia, creatinina, transaminasi, gammaGT, es.	QUESTIONARIO ARTI SUPERIORI
QUESTIONARIO OSTEO-ARTICOLARE	

Il Medico Competente
ANGELILLO ALESSANDRO

Il sottoscritto/a SERAFINI SIMONA

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