

Certificato di Idoneità alla Mansione

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

Lavoratore BRARDI PAOLA **Sesso** F **C.F.** BRRPLA71T63A468T
Nato/a il 23/12/1971 **a** SINALUNGA (SI) **Nazionalità** ITALIA

Azienda Deluxe brass srl

Reparto

Sede Deluxe brass srl

Qualifica

Mansione addetto al montaggio confezionamento e controllo qualità

Protocollo Sanitario con periodicità **24 Mesi**

in data **16/10/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica su richiesta del lavoratore**
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: .	POSTURA :: .
RUMORE :: .	SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI :: .

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

FORNIRE SCARPA ANTINFORTUNISTICA CON PIANTA LARGA, RIALZO POSTERIORE, E SUOLA MORBIDA

Da sottoporre a nuova Visita Medica entro il **31-10-2027** previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

Audiometria	Valutazione clinico-funzionale del rachide
QUESTIONARIO ARTI SUPERIORI	QUESTIONARIO OSTEO-ARTICOLARE

Il Medico Competente
ANGELILLO ALESSANDRO

Il sottoscritto/a **BRARDI PAOLA**

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:** 16/10/2025 **Mezzo:** EMAIL

Trasmissione al Datore di Lavoro: **effettuata il:** 16/10/2025 **Mezzo:** EMAIL

Rif.

Data Giudizio 16/10/2025