

Certificato di Idoneità alla Mansione

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

Lavoratore VALLE ANGELO ANDREA **Sesso** M **C.F.** VLLNLN95A25D583Y
Nato/a il 25/01/1995 **a** FIGLINE VALDARNO (FI) **Nazionalità** ITALIA

Azienda Deluxe brass srl

Reparto

Sede Deluxe brass srl

Qualifica

Mansione ADDETTO UFFICIO E ADDETTO CARRELLO

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **16/09/2025** è stato sottoposto a: **VISITA MEDICA PERIODICA E CAMBIO MANSIONE**
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

ALCOOL :: .	POSTURA :: .
RISCHIO TERZI :: .	VIBRAZIONI CORPO INTERO :: .
VIBRAZIONI MANO BRACCIO :: .	VIDEOTERMINALI (VDT) :: .

con il seguente esito: **IDONEO**

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

Etilometria	Screening visivo Visiotest
Valutazione clinico-funzionale del rachide	EMOCROMO COMPLETO CON FORMULA, GAMMA GT, GOT,
TEST DROGHE	QUESTIONARIO ARTI SUPERIORI
QUESTIONARIO AUDIT (WHO 2001) - ALCOOL	QUESTIONARIO OSTEO-ARTICOLARE

Il Medico Competente
ANGELILLO ALESSANDRO

Il sottoscritto/a VALLE ANGELO ANDREA

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.

Trasmissione al Lavoratore: **effettuata il:** 16/09/2025 **Mezzo:** EMAIL
Trasmissione al Datore di Lavoro: **effettuata il:** 16/09/2025 **Mezzo:** EMAIL
Rif.

Data Giudizio 16/09/2025