

## Certificato di Idoneità alla Mansione

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

<b>Lavoratore</b> MENNELLA MARIA	<b>Sesso</b> F <b>C.F.</b> MNNMRA60T55L259E
<b>Nato/a il</b> 15/12/1960 <b>a</b> TORRE DEL GRECO (NA)	<b>Nazionalità</b> ITALIA

**Azienda** hotel volver roma srl

**Reparto**

**Sede** HOTEL MIVERVA

**Qualifica**

**Mansione** CAMERIERA AI PIANI

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **21/10/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica periodica**  
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

POLVERI :: .

POSTURA :: .

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

EVITARE MOVIMENTAZIONE MANUALE CARICHI > 10 KG E FREQUENTI MOVIMENTI DI FLESSIONE DEL RACHIDE

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

Spirometria

Valutazione clinico-funzionale del rachide

QUESTIONARIO OSTEO-ARTICOLARE

**Il Medico Competente**  
ANGELILLO ALESSANDRO

Il sottoscritto/a **MENNELLA MARIA**

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:** 21/10/2025

**Mezzo:** EMAIL

**Trasmissione al Datore di Lavoro:** **effettuata il:** 21/10/2025

**Mezzo:** EMAIL

**Rif.**

**Data Giudizio** 21/10/2025