

Certificato di Idoneità alla Mansione

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

Lavoratore CIARI DANIELE **Sesso** M **C.F.** CRIDNL81T01D583K
Nato/a il 01/12/1981 **a** FIGLINE VALDARNO (FI) **Nazionalità** ITALIA

Azienda CRINI DAVIDE

Reparto

Sede CRINI DAVIDE

Qualifica

Mansione MACELLAIO ADDETTO LABORATORIO ADDETTO SERVIZI CLIENTE ADDETTO CUCINA

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **01/12/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica periodica**
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

AGENTI BIOLOGICI T.U. 81/08 titolo x capo I :: BASSO	MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: BASSO
SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI :: Medio	STRESS :: BASSO

con il seguente esito: **IDONEO**

Da sottoporre a nuova Visita Medica entro il **31-12-2026** previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

Spirometria emocromo con formula, glicemia, creatinina, transaminasi, gammaGT, es.	Valutazione clinico-funzionale del rachide
---	--

Il Medico Competente
ANGELILLO ALESSANDRO

Il sottoscritto/a CIARI DANIELE

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:** 01/12/2025 **Mezzo:** EMAIL

Trasmissione al Datore di Lavoro: **effettuata il:** 01/12/2025 **Mezzo:** EMAIL

Rif.

Data Giudizio 01/12/2025