

**Certificato di Idoneità alla Mansione**

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

|                                                  |                                             |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Lavoratore</b> BOTTURA ARIANNA                | <b>Sesso</b> F <b>C.F.</b> BTTRNN72H65L378A |
| <b>Nato/a il</b> 25/06/1972 <b>a</b> TRENTO (TN) | <b>Nazionalità</b> ITALIA                   |

|                                 |                  |
|---------------------------------|------------------|
| <b>Azienda</b> MAGITEC SRL      | <b>Reparto</b>   |
| <b>Sede</b> DECATHLON TRENTO    | <b>Qualifica</b> |
| <b>Mansione</b> Addetto Pulizie |                  |

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **13/06/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica preventiva**  
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

|                                         |                                               |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|
| MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: . | POLVERI :: .                                  |
| POSTURA :: .                            | SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI :: . |

con il seguente esito: **IDONEO**

Da sottoporre a nuova Visita Medica entro il **30-06-2026** previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

|                             |                                            |
|-----------------------------|--------------------------------------------|
| Spirometria                 | Valutazione clinico-funzionale del rachide |
| QUESTIONARIO ARTI SUPERIORI | QUESTIONARIO OSTEO-ARTICOLARE              |

**Il Medico Competente**  
ANGELILLO ALESSANDRO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Il sottoscritto/a BOTTURA ARIANNA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                          |                                  |                     |
|------------------------------------------|----------------------------------|---------------------|
| <b>Trasmissione al Lavoratore:</b>       | <b>effettuata il:</b> 13/06/2025 | <b>Mezzo:</b> EMAIL |
| <b>Trasmissione al Datore di Lavoro:</b> | <b>effettuata il:</b> 13/06/2025 | <b>Mezzo:</b> EMAIL |
|                                          |                                  | <b>Rif.</b>         |

**Data Giudizio** 13/06/2025