

## Certificato di Idoneità alla Mansione

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

**Lavoratore** CALABRESE LORIS

**Sesso** M **C.F.** CLBLRS92R21D286N

**Nato/a il** 21/10/1992 **a** DESIO (MB)

**Nazionalità** n.d.

**Azienda** AMAZON ITALIA TRANSPORT S.R.L.

**Reparto**

**Sede** AMAZON - DLO3 - DS(Burago di Molgora, IT)

**Qualifica**

**Mansione** 1- addetto magazzino - warehouseman

**Protocollo Sanitario con periodicità** 12 Mesi

In data **29/10/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica periodica**  
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

LAVORO NOTTURNO (D.lgs n.66 del 2003 2 2113/2004) >80gg/anno :: .  
MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: .  
SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI :: .

MICROCLIMA SEVERO :: .  
POSTURA :: .

con il seguente esito: **IDONEO**

Da sottoporre a nuova Visita Medica entro il **31-10-2026**

previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

Elettrocardiogramma  
Valutazione clinico-funzionale del rachide

Glicemia Capillare  
QUESTIONARIO OSTEO-ARTICOLARE

**Il Medico Competente**  
ELMO LUCIA



Il sottoscritto/a CALABRESE LORIS

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: 29/10/2025 **Mezzo:** EMAIL  
**Trasmissione al Datore di Lavoro:** effettuata il: 29/10/2025 **Mezzo:** EMAIL  
**Rif.**

**Data Giudizio** 29/10/2025