

## Certificato di Idoneità alla Mansione

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

|                                                  |                                             |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Lavoratore</b> LALLAI MASSIMO                 | <b>Sesso</b> M <b>C.F.</b> LLLMSM66R11L781R |
| <b>Nato/a il</b> 11/10/1966 <b>a</b> VERONA (VR) | <b>Nazionalità</b> n.d.                     |

|                                      |                  |
|--------------------------------------|------------------|
| <b>Azienda</b> MULTIOLOGISTICS S.p.A | <b>Reparto</b>   |
| <b>Sede</b> VERONA                   | <b>Qualifica</b> |
| <b>Mansione</b> Addetto Ufficio      |                  |

Protocollo Sanitario con periodicità **24 Mesi**

in data **24/10/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica periodica**  
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

|                           |                                               |
|---------------------------|-----------------------------------------------|
| POSTURA :: .              | SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI :: . |
| VIDEOTERMINALI (VDT) :: . |                                               |

con il seguente esito: **IDONEO**

Da sottoporre a nuova Visita Medica entro il **31-10-2027** previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

|                             |                                            |
|-----------------------------|--------------------------------------------|
| Screening visivo Visiotest  | Valutazione clinico-funzionale del rachide |
| QUESTIONARIO ARTI SUPERIORI |                                            |

**Dot. Cardinale Giovanni Pio**  
Medico Chirurgo - Medico del Lavoro  
Lucc. Q.M. RM 19.66382  
Albo Medici Competenti N° 23442  
CF. CRDGN91T25L273T

**Il Medico Competente**  
CARDINALE PIO GIOVANNI

Il sottoscritto/a LALLAI MASSIMO

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.

|                                          |                                  |                     |
|------------------------------------------|----------------------------------|---------------------|
| <b>Trasmissione al Lavoratore:</b>       | <b>effettuata il:</b> 24/10/2025 | <b>Mezzo:</b> EMAIL |
| <b>Trasmissione al Datore di Lavoro:</b> | <b>effettuata il:</b> 24/10/2025 | <b>Mezzo:</b> EMAIL |
|                                          |                                  | <b>Rif.</b>         |

**Data Giudizio** 24/10/2025