

**Certificato di Idoneità alla Mansione**

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

|                                                              |                                             |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Lavoratore</b> DE SIATI ALESSIO                           | <b>Sesso</b> M <b>C.F.</b> DSTLSS04L27H223Z |
| <b>Nato/a il</b> 27/07/2004 <b>a</b> REGGIO NELL'EMILIA (RE) | <b>Nazionalità</b> n.d.                     |

|                                                   |                                  |
|---------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>Azienda</b> JYSK Italia S.r.l.                 | <b>Reparto</b>                   |
| <b>Sede</b> Reggio Emilia                         | <b>Qualifica</b> Sales Assistant |
| <b>Mansione</b> ADDETTO VENDITE CON RISCHIO TERZI |                                  |

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **24/03/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica periodica**  
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

|                                         |              |
|-----------------------------------------|--------------|
| MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: . | POSTURA :: . |
| RISCHIO TERZI :: .                      |              |

con il seguente esito: **IDONEO**

Da sottoporre a nuova Visita Medica entro il **31-03-2026** previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

|                                            |                                                    |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Elettrocardiogramma                        | Etilometria                                        |
| Valutazione clinico-funzionale del rachide | EMOCROMO COMPLETO CON FORMULA, GAMMA GT, GOT, GPT, |
| TEST DROGHE                                | QUESTIONARIO AUDIT (WHO 2001) - ALCOOL             |
| QUESTIONARIO OSTEO-ARTICOLARE              |                                                    |

**Il Medico Competente**  
DECINA ANTONIETTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Il sottoscritto/a DE SIATI ALESSIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 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> 24/03/2025 | <b>Mezzo:</b> EMAIL |
| <b>Trasmissione al Datore di Lavoro:</b> | <b>effettuata il:</b> 24/03/2025 | <b>Mezzo:</b> EMAIL |
|                                          |                                  | <b>Rif.</b>         |

**Data Giudizio** 24/03/2025