

## Certificato di Idoneità alla Mansione

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

**Lavoratore** TRIVIGNO CRISTINA

**Sesso** F **C.F.** TRVCST93P62E063A

**Nato/a il** 22/09/1993 **a** GIUSSANO (MB)

**Nazionalità** n.d.

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

**Reperto**

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

**Qualifica**

**Mansione** 3 - impiegato / office worker

**Protocollo Sanitario con periodicità** 24 Mesi

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

MICROCLIMA SEVERO ::

POSTURA ::

VIDEOTERMINALI (VDT) ::

MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI ::

SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI ::

con il seguente esito: **IDONEO**

Da sottoporre a nuova Visita Medica entro il **31-10-2027**

previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

Elettrocardiogramma

Glicemia Capillare

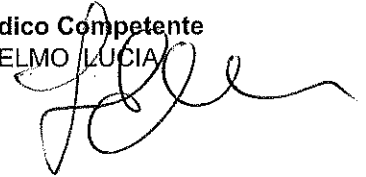
Screening visivo Visiotest

Valutazione clinico-funzionale del rachide

QUESTIONARIO OSTEO-ARTICOLARE

**Il Medico Competente**

ELMO LUCIA



Il sottoscritto/a TRIVIGNO CRISTINA

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.

**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