

## Certificato di Idoneità alla Mansione

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

**Lavoratore** DE CICCO DOMENICO

**Nato/a il** 11/09/1993 **a** POLLENA TROCCHIA (NA)

**Sesso M C.F.** DCCDNC93P11G795I

**Nazionalità** n.d.

**Azienda** JYSK Italia S.r.l.

**Sede** Lucca

**Reparto**

**Qualifica** Sales Assistant

**Mansione** ADDETTO VENDITE CON RISCHIO TERZI

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **14/10/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica su richiesta del lavoratore**

per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: .

POSTURA :: .

RISCHIO TERZI :: .

con il seguente esito: **IDONEO CON PRESCRIZIONI**

EVITARE LA MOVIMENTAZIONE MANUALE DI CARICHI MAGGIORI DI KG 10

Da sottoporre a nuova Visita Medica entro il **04-11-2025** previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

Elettrocardiogramma

Valutazione clinico-funzionale del rachide

TEST DROGHE

QUESTIONARIO OSTEO-ARTICOLARE

Etilometria

EMOCROMO COMPLETO CON FORMULA, GAMMA GT, GOT, GPT,

QUESTIONARIO AUDIT (WHO 2001) - ALCOOL

**Il Medico Competente**  
ANGELILLO ALESSANDRO

Dott Alessandro Angelillo  
Medico Chirurgo O.M. RN N. 64166  
Elenco Medici Competenti N. 22989

Il sottoscritto/a **DE CICCO DOMENICO**

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 finalita' 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: 14/10/2025 **Mezzo:** EMAIL

**Trasmissione al Datore di Lavoro:** effettuata il: 14/10/2025 **Mezzo:** EMAIL

**Rif.**

**Data Giudizio** 14/10/2025