CCS HEALTH S.R.L.
Medicina del Lavoro
info@healthccs.com

ANGELILLO ALESSANDRO
2025.10.17 20:21:23
CN=ANGELILLO ALESSANDRO
C=IT
2.5.4.4=ANGELILLO
2.5.4.42=ALESSANDRO
RSA/2048 bits

Certificato di Idoneità alla Mansione

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

Lavoratore ZOMPARELLI LUCA **Sesso** M **C.F.** ZMPLCU88A25E812Q

Nato/a il 25/01/1988 **a** MAGLIANO SABINA (RI) **Nazionalità** n.d.

Azienda OSPITA SRL **Reparto**

Sede VITERBO - GARA 2 **Qualifica**

Mansione OPERATORE DI STRUTTURA

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **17/10/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica preventiva**
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

AGENTI BIOLOGICI T.U. 81/08 titolo x capo I :: .	ALCOOL :: .
LAVORO NOTTURNO (D.lgs n.66 del 2003 2 2113/2004) >80gg/anno :: .	POSTURA :: .
RISCHIO TERZI :: .	

con il seguente esito: **IDONEO**

Da sottoporre a nuova Visita Medica entro il **31-10-2026** previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

Etilometria	Quantiferon
Valutazione clinico-funzionale del rachide	Azotemia
Trigliceridi	emocromo con formula, glicemia, creatinina, transaminasi, gammaGT, es.
QUESTIONARIO AUDIT (WHO 2001) - ALCOOL	QUESTIONARIO OSTEO-ARTICOLARE

Il Medico Competente
ANGELILLO ALESSANDRO

Il sottoscritto/a ZOMPARELLI LUCA

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:** 17/10/2025 **Mezzo:** EMAIL
Trasmissione al Datore di Lavoro: **effettuata il:** 17/10/2025 **Mezzo:** EMAIL
Rif.

Data Giudizio 17/10/2025