

Certificato di Idoneità alla Mansione

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

Lavoratore GALLORINI PIERLUIGI **Sesso** M **C.F.** GLLPLG68T01A390F
Nato/a il 01/12/1968 **a** AREZZO (AR) **Nazionalità** ITALIA

Azienda I.L.P.R.A. SPA **Reparto**
Sede I.L.P.R.A. SPA **Qualifica**
Mansione TECNICO COLLAUDATORE

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **17/09/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica periodica**
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

MICROCLIMA SEVERO :: .	POSTURA :: .
RUMORE :: .	SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI :: .
STRESS :: .	VIBRAZIONI MANO BRACCIO :: .

con il seguente esito: **IDONEO**

Da sottoporre a nuova Visita Medica entro il **30-09-2026** previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

Spirometria	Valutazione clinico-funzionale del rachide
Creatinina	Emocromo Completo con Formula
Esame Urine	GOT
GPT	Gamma GT
Glicemia	QUESTIONARIO OSTEO-ARTICOLARE

Il Medico Competente
ANGELILLO ALESSANDRO

Il sottoscritto/a GALLORINI PIERLUIGI

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:** 17/09/2025 **Mezzo:** EMAIL

Trasmissione al Datore di Lavoro: **effettuata il:** 17/09/2025 **Mezzo:** EMAIL

Rif.

Data Giudizio 17/09/2025