

## Certificato di Idoneità alla Mansione

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

**Lavoratore** FUSINI DANIELA

**Sesso F C.F. FSNDNL72L52H901Q**

**Nato/a il** 12/07/1972 **a** SAN GIOVANNI VALDARNO (AR)

**Nazionalità** ITALIA

**Azienda** MANINPASTA DI ROSADINI FABIO & C. S.A.S.

## Reporto

**Sede** MANINPASTA DI ROSADINI FABIO & C. S.A.S.

## Qualifica

## Mansione AIUTO CUCINA

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **16/10/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica periodica**

per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

POLVERI MISTE :: .

SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI ::

con il seguente esito: **IDONEO**

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

## Spirometria

### Valutazione clinico-funzionale del rachide

QUESTIONARIO ARTI SUPERIORI

## QUESTIONARIO OSTEO-ARTICOLARE

**Il Medico Competente**  
**ANGELILLO ALESSANDRO**

Il sottoscritto/a **FUSINI DANIELA**

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: 16/10/2025

**Mezzo:** EMAIL

**Trasmissione al Datore di Lavoro: effettuata il:** 16/10/2025

**Mezzo:** EMAIL

Rif.

**Data Giudizio** 16/10/2025