

## Certificato di Idoneità alla Mansione

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

**Lavoratore** ALBERETTI MASSIMILIANO **Sesso** M **C.F.** LBRMSM74B27F656Z  
**Nato/a il** 27/02/1974 **a** MONTEVARCHI (AR) **Nazionalità** ITALIA

**Azienda** La Norteria sas di vanessa Gruosso & C. **Reparto**  
**Sede** La Norteria sas di vanessa Gruosso & C. **Qualifica**  
**Mansione** MAGAZZINIERE ADDETTO CONSEGNE RITIRI SERVIZIO CLIENTE

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **11/09/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica periodica**  
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

ALCOOL :: .	GUIDA MEZZI :: .
LAVORO NOTTURNO (D.lgs n.66 del 2003 2 2113/2004) >80gg/anno :: .	MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: .
POSTURA :: .	RISCHIO TERZI :: .
VIBRAZIONI CORPO INTERO :: .	

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

EVITARE MOVIMENTAZIONE MANUALE CARICHI > 15 KG E FREQUENTI MOVIMENTI DI FLESSIONE DEL RACHIDE

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

Elettrocardiogramma	Etilometria
Valutazione clinico-funzionale del rachide	Colesterolo Totale
Creatinina	Emocromo Completo con Formula
GOT	GPT
Gamma GT	Glicemia
TEST DROGHE	Trigliceridi
QUESTIONARIO AUDIT (WHO 2001) - ALCOOL	QUESTIONARIO LAVORO NOTTURNO (Epworth Sleepiness Scale, ESS)
QUESTIONARIO OSTEO-ARTICOLARE	

**Il Medico Competente**  
ANGELILLO ALESSANDRO

Il sottoscritto/a ALBERETTI MASSIMILIANO

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: 11/09/2025 **Mezzo:** EMAIL  
**Trasmissione al Datore di Lavoro:** effettuata il: 11/09/2025 **Mezzo:** EMAIL  
**Rif.**

**Data Giudizio** 11/09/2025