

## Certificato di Idoneità alla Mansione

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

**Lavoratore** CIRILLO ANTONIO **Sesso** M **C.F.** CRLNTN93E05C710D  
**Nato/a il** 05/05/1993 **a** CINQUEFRONDI (RC) **Nazionalità** n.d.

**Azienda** M.T.S. IMPIANTI E SISTEMI SRL **Reparto**  
**Sede** M.T.S. IMPIANTI E SISTEMI SRL **Qualifica**  
**Mansione** Operaio

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **15/09/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica preventiva**  
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

AGENTI CHIMICI :: .	ALCOOL :: .
Lavoro in altezza :: .	MICROCLIMA SEVERO :: .
MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: .	POLVERI :: .
RUMORE :: .	VIBRAZIONI CORPO INTERO :: .
VIBRAZIONI MANO BRACCIO :: .	

con il seguente esito: **IDONEO**

### Eventuali note dell' idoneità:

si consiglia calo ponderale

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

Audiometria	Etilometria
Spirometria	Valutazione clinico-funzionale del rachide
prova otovestibolare 1	Trigliceridi
emocromo con formula, glicemia, creatinina, transaminasi, gammaGT, es.	QUESTIONARIO ARTI SUPERIORI
QUESTIONARIO AUDIT (WHO 2001) - ALCOOL	QUESTIONARIO OSTEO-ARTICOLARE

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

Il sottoscritto/a CIRILLO ANTONIO

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:** 15/09/2025 **Mezzo:** EMAIL  
**Trasmissione al Datore di Lavoro:** **effettuata il:** 15/09/2025 **Mezzo:** EMAIL  
**Rif.**

**Data Giudizio** 15/09/2025