

Certificato di Idoneità alla Mansione

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

Lavoratore ZAK ROBERT **Sesso** M **C.F.** ZKARRT95T14Z127Q
Nato/a il 14/12/1995 **a** POLONIA () **Nazionalità** n.d.

Azienda POWER CLEAN 24 S.R.L. **Reparto**
Sede HOTEL PALLADIUM **Qualifica**
Mansione FACCHINO

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **09/05/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica periodica**
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: .	POSTURA :: .
---	--------------

con il seguente esito: **IDONEO**

Da sottoporre a nuova Visita Medica entro il **31-05-2026** previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

Valutazione clinico-funzionale del rachide	QUESTIONARIO ARTI SUPERIORI
QUESTIONARIO OSTEO-ARTICOLARE	

Il Medico Competente
CARDINALE PIO GIOVANNI
Dot. Cardinale Giovanni Pio
Medico Chirurgo - Medico del Lavoro
P.I. 001 RM N. 66382
Albo Medici Competenti N. 23442
CF: CRDGNN91T25L273T

Il sottoscritto/a ZAK ROBERT

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:** 11/05/2025 **Mezzo:** EMAIL
Trasmissione al Datore di Lavoro: **effettuata il:** 11/05/2025 **Mezzo:** EMAIL
Rif.

Data Giudizio 09/05/2025