

Certificato di Idoneità alla Mansione

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

Lavoratore CALI' MARIANGELA

Sesso F **C.F.** CLAMNG79M69A089A

Nato/a il 29/08/1979 **a** AGRIGENTO (AG)

Nazionalità ITALIA

Azienda Istituto comprensivo R. Magiotti

Reparto

Sede Istituto comprensivo R. Magiotti

Qualifica

Mansione educatore

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **11/09/2025** è stato sottoposto a: **PREVENTIVA E RIENTRO DA MALATTIA > 60GG**

per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

ALCOOL :: .	MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: .
POSTURA :: .	RISCHIO TERZI :: .

con il seguente esito: **IDONEO**

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

Etilometria	Valutazione clinico-funzionale del rachide
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 **CALI' MARIANGELA**

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