

Certificato di Idoneità alla Mansione

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

Lavoratore FLORIO ANTONELLA

Sesso F **C.F.** FLRNNL77A41I537Q

Nato/a il 01/01/1977 **a** SCILLA (RC)

Nazionalità ITALIA

Azienda Istituto comprensivo R. Magiotti

Reparto

Sede Istituto comprensivo R. Magiotti

Qualifica

Mansione Collaboratore Scolastico

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **08/10/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica preventiva**
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

AGENTI BIOLOGICI T.U. 81/08 titolo x capo I :: .

MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: .

POLVERI :: .

POSTURA :: .

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 **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 **FLORIO ANTONELLA**

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:** 08/10/2025

Mezzo: EMAIL

Trasmissione al Datore di Lavoro: **effettuata il:** 08/10/2025

Mezzo: EMAIL

Rif.

Data Giudizio 08/10/2025