

**Certificato di Idoneità alla Mansione**

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

|                                                    |                                             |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Lavoratore</b> HUSEN MD JABBIR                  | <b>Sesso</b> M <b>C.F.</b> HSNJBR03C01Z249P |
| <b>Nato/a il</b> 01/03/2003 <b>a</b> BANGLADESH () | <b>Nazionalità</b> ITALIA                   |

|                                   |                  |
|-----------------------------------|------------------|
| <b>Azienda</b> MEC SRL            | <b>Reparto</b>   |
| <b>Sede</b> MEC SRL               | <b>Qualifica</b> |
| <b>Mansione</b> Operaio/Montatore |                  |

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **17/09/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica preventiva**  
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

|                                         |                                |
|-----------------------------------------|--------------------------------|
| ALCOOL :: .                             | LAVORO IN SPAZI CONFINATI :: . |
| Lavoro in altezza :: .                  | MICROCLIMA SEVERO :: .         |
| MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: . | POLVERI :: .                   |
| RUMORE :: .                             | VIBRAZIONI CORPO INTERO :: .   |
| VIBRAZIONI MANO BRACCIO :: .            |                                |

con il seguente esito: **IDONEO**

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

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

**Il Medico Competente**  
ANGELILLO ALESSANDRO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Il sottoscritto/a HUSEN MD JABBIR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                          |                                  |                     |
|------------------------------------------|----------------------------------|---------------------|
| <b>Trasmissione al Lavoratore:</b>       | <b>effettuata il:</b> 17/09/2025 | <b>Mezzo:</b> EMAIL |
| <b>Trasmissione al Datore di Lavoro:</b> | <b>effettuata il:</b> 17/09/2025 | <b>Mezzo:</b> EMAIL |
|                                          |                                  | <b>Rif.</b>         |

**Data Giudizio** 17/09/2025