

Certificato di Idoneità alla Mansione

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

Lavoratore RICOVERI ANDREA **Sesso** M **C.F.** RCVNDR69T26G702K
Nato/a il 26/12/1969 **a** PISA (PI) **Nazionalità** ITALIA

Azienda COMOLI FERRARI E C. SPA **Reparto**
Sede PISA **Qualifica**
Mansione BANCONISTA + MAGAZZINO

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **27/11/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica periodica**
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: .	POSTURA :: .
VIDEOTERMINALI (VDT) :: .	

con il seguente esito: **IDONEO CON PRESCRIZIONI E LIMITAZIONI**

PRESCRIZIONI:ALTERNARE POSTURA ERETTA A POSTURA ASSISA. ---LIMITAZIONI:EVITARE MOVIMENTO MANUALE DEI CARICHI > 8 KG
E FREQUENTI FLESSIONI DEL RACHIDE

Eventuali note dell' idoneità:

Permettere l'alternanza della postura eretta alla postura assisa durante l'attività lavorativa.

Da sottoporre a nuova Visita Medica entro il **30-11-2026** previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

ALCOOL TEST	Elettrocardiogramma
Screening visivo Visiotest	Valutazione clinico-funzionale del rachide
EMOCROMO COMPLETO CON FORMULA, TRANSAMINASI, GAMMA GT,	TEST DROGHE
QUESTIONARIO AUDIT (WHO 2001) - ALCOOL	QUESTIONARIO OSTEO-ARTICOLARE

Il Medico Competente
ANGELILLO ALESSANDRO

Il sottoscritto/a **RICOVERI ANDREA**

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. Dichiaro inoltre di essere stato informato sul significato e sui risultati degli Accertamenti Sanitari effettuati. Dichiaro 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:** 27/11/2025 **Mezzo:** EMAIL
Trasmissione al Datore di Lavoro: **effettuata il:** 27/11/2025 **Mezzo:** EMAIL
Rif.

Data Giudizio 27/11/2025