

## Certificato di Idoneità alla Mansione

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

**Lavoratore** FABBRINI FRANCESCO **Sesso** M **C.F.** FBBFNC76D06H901K  
**Nato/a il** 06/04/1976 **a** SAN GIOVANNI VALDARNO (AR) **Nazionalità** ITALIA

**Azienda** C.M.E. DI POSFORTUNATI NANDA & C S.N.C. **Reparto**  
**Sede** C.M.E. DI POSFORTUNATI NANDA & C S.N.C. **Qualifica**  
**Mansione** Addetto carrello elevatore Addetto consegne Addetto magazzino Addetto servizi cliente

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **19/11/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica periodica**  
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

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

con il seguente esito: **IDONEO CON PRESCRIZIONI**  
NON ADIBIRE A LAVORI GRAVOSI

**Eventuali note dell' idoneità:**  
si consiglia visita cardiologica urgente

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

ALCOOL TEST	Elettrocardiogramma
Valutazione clinico-funzionale del rachide	TEST DROGHE
Trigliceridi	emocromo con formula, glicemia, creatinina, transaminasi, gammaGT, es.
QUESTIONARIO AUDIT (WHO 2001) - ALCOOL	QUESTIONARIO OSTEO-ARTICOLARE

**Il Medico Competente**  
**ANGELILLO ALESSANDRO**

Il sottoscritto/a **FABBRINI FRANCESCO**

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:** 19/11/2025 **Mezzo:** EMAIL  
**Trasmissione al Datore di Lavoro:** **effettuata il:** 19/11/2025 **Mezzo:** EMAIL  
**Rif.**

**Data Giudizio** 19/11/2025