

Certificato di Idoneità alla Mansione

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

Lavoratore PULCINI SAMUEL **Sesso** M **C.F.** PLCSML00R22H501Y
Nato/a il 22/10/2000 **a** ROMA (RM) **Nazionalità** ITALIA

Azienda Master Clima s.r.l.

Reparto

Sede Master Clima s.r.l.

Qualifica

Mansione stagista tecnico caldaie

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **21/11/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica periodica**
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

AGENTI CHIMICI :: .	GUIDA MEZZI :: .
MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: .	RUMORE :: .
VIBRAZIONI CORPO INTERO :: .	VIBRAZIONI MANO BRACCIO :: .

con il seguente esito: **IDONEO**

Eventuali note dell' idoneità:

Si rimette al curante per le cure del caso. Si consiglia VIDEAT NEUROENDOCRINOLOGICO per la sincope vaso-vagale

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

Audiometria	Spirometria
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 PULCINI SAMUEL

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:** 21/11/2025 **Mezzo:** EMAIL

Trasmissione al Datore di Lavoro: **effettuata il:** 21/11/2025 **Mezzo:** EMAIL

Rif.

Data Giudizio 21/11/2025