

Certificato di Idoneità alla Mansione

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

Lavoratore FRATTALI SIMONE	Sesso M C.F. FRTSMN82M03H501D
Nato/a il 03/08/1982	Nazionalità ITALIA
Azienda Delta srl	Reparto
Sede sede operativa	Qualifica
Mansione Autista	

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **20/06/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica periodica**
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

ALCOOL :: .	GUIDA MEZZI :: .
MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: .	VIBRAZIONI CORPO INTERO :: .

con il seguente esito: **IDONEO**

Da sottoporre a nuova Visita Medica entro il **30-06-2026** previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

Etilometria	Valutazione clinico-funzionale del rachide
Transferrina	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 **FRATTALI SIMONE**

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 finalita' 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: 20/06/2025 **Mezzo:** EMAIL

Trasmissione al Datore di Lavoro: effettuata il: 20/06/2025 **Mezzo:** EMAIL

Rif.

Data Giudizio 20/06/2025