

Certificato di Idoneità alla Mansione

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

Lavoratore CELESTINI ALESSANDRO

Sesso M **C.F.** CLSLSN86M07H501O

Nato/a il 07/08/1986 **a** ROMA (RM)

Nazionalità ITALIA

Azienda Sunshine srls

Reparto

Sede SEDE OPERATIVA

Qualifica

Mansione operaio installatore

Protocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **01/09/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica periodica**

per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

AGENTI CHIMICI :: NON IRRIVELANTE PER LA SALUTE	Lavoro in altezza :: .
---	------------------------

| MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: . | POSTURA :: . |

con il seguente esito: **IDONEO**

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

Spirometria	Valutazione clinico-funzionale del rachide
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 **CELESTINI ALESSANDRO**

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: 01/09/2025 **Mezzo:** EMAIL

Trasmissione al Datore di Lavoro: effettuata il: 01/09/2025 **Mezzo:** EMAIL

Rif.

Data Giudizio 01/09/2025