

Certificato di Idoneità alla Mansione

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

Lavoratore DI MAIO FILOMENA

Sesso F C.F. DMIFMN60P53F839W

Nato/a il 13/09/1960 **a** NAPOLI (NA)

Nazionalità ITALIA

Azienda Istituto comprensivo R. Magiotti

Reporto

Sede Istituto comprensivo R. Magiotti

Qualifica

Mansione Collaboratore ScolasticoProtocollo Sanitario con periodicità **12 Mesi**

in data **08/10/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica periodica**

per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

AGENTI BIOLOGICI T.U. 81/08 titolo x capo I :: .	MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: .
POLVERI :: .	POSTURA :: .

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

EVITARE ATTIVITA' MMC SOPRA LA LINEA DELLE SPALLE

Da sottoporre a nuova Visita Medica entro il **31-10-2026** previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

Spirometria	Valutazione clinico-funzionale del rachide
QUESTIONARIO ARTI SUPERIORI	QUESTIONARIO OSTEO-ARTICOLARE

Il Medico Competente
ANGELILLO ALESSANDRO

Il sottoscritto/a **DI MAIO FILOMENA**

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 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:** 08/10/2025 **Mezzo:** EMAIL

Trasmissione al Datore di Lavoro: effettuata il: 08/10/2025 **Mezzo:** EMAIL

Rif.

Data Giudizio 08/10/2025