

CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA

COGNOME: <u>MALGARINI</u>	NOME: <u>EMILIANO</u>
NATO/A <u>ROMA</u>	IL <u>14-10-1978</u>
AZIENDA <u>MDS</u>	MANSIONE <u>OPERAI O MURATORE</u>

VISITA MEDICA

☒ DI ASSUNZIONE	PERIODICA
☐ PRIMA VISITA	ALTRO:

PERIODICITA'

☒ ANNUALE	ALTRA:
---	--------

RISCHI MANSIONI

☒ Vibrazioni Mano-Braccio	Basso	☒ Medio	Alto
☐ Vibrazioni Whole Body	Basso	Medio	Alto
☒ Polvere Minerale Con SiO ₂ libera ≤ 1 %	☒ Pericolo per terzi		
☒ Cemento, calce, resine, premiscelati, oli disarmanti	Detergenti, detersivi, polveri organiche, muffe		
☒ Rumore Lepd(A):	☒ Movimentazione manuale gravi		
☐ Polveri vegetali: abete, castagno	Campi E.M.		
☐ Esposizione VDT ≥ 4h/die	Solvente: "nitro"	☒	Idropitture, vernici
☐ Polveri vegetali: farine	Agenti biologici a trasmissione oro-fecale		
☐ Agenti biologici a trasmissione ematica: HIV, HBV, HDV, HCV	Lavoro a turni	Lavoro Notturno	
☒ Lavori in altezza	Microclima sfavorevole		
☐ Radiazioni solari	Vapori, PVC, Polipropilene; Pasta Filettatura		
☐ Altri:	Posturale	☒	Macroclima sfavorevole

ESAMI EFFETTUATI: PROTOCOLLO SANITARIO

☒ Analisi	☐ Test Droghe	Visita oculistica
☒ Audiometria		☒ Questionari specifici
☒ Spirometria		Analisi escreato: (corpuscoli asbesto)
☐ Monitoraggio biologico		☒ Valutazione funzionale del rachide (sec. EPM)
☒ E.c.g.		Altro:

☒ IDONEO ALLA MANSIONE SPECIFICA	<u>Si</u>	No	
☐ IDONEO AL LAVORO NOTTURNO	<u>Si</u>	No	
☒ IDONEO AL LAVORO IN QUOTA	<u>Si</u>	No	
☐ PRESCRIZIONI E/O LIMITAZIONI			

Obbligo uso otoprotettori se esposto a rumore superiore a 80 dB (A) LEX,d	
Esclusione dai lavori eccessivamente gravosi	Protezione adeguata degli occhi
Protezione adeguata delle vie respiratorie	Evitare il sollevamento-frequente e/o continuativo di pesi maggiori di kg:
Protezione adeguata delle mani e della cute	Esclusione dall'uso di maschere ad alta resistenza di flusso

ALTRO PROVVEDIMENTO _____

Il/La lavoratore/lavoratrice dichiara di: essere stato informato sul significato e sui risultati degli accertamenti sanitari cui e' stato sottoposto, nonché sul giudizio di idoneità alla mansione specifica e autorizza il trattamento dei dati personali. Egli/Ella può richiedere di essere rivisitato presso la A.S.L. competente entro 30 gg.; si impegna a richiedere, alla cessazione del rapporto di lavoro, la cartella sanitaria personale.

FIRMA DEL/LA LAVORATORE/LAVORATRICE _____

DATA 12/10/2024

DATA COMUNICAZIONE AL DATORE DI LAVORO 18/10/2024

DR. ANTONIO D'ARCANGELO
MEDICO DEL LAVORO
MEDICO COMPETENTE