

CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA

COGNOME: <u>POLIDORI</u>	NOME: <u>FABIO</u>
NATO/A <u>ROMA</u>	IL <u>24/05/1978</u>
AZIENDA <u>MDS SRL</u>	MANSIONE <u>IDRAULICO</u>

VISITA MEDICA

☐ DI ASSUNZIONE	☒ PERIODICA <u>5</u>
☐ PRIMA VISITA	ALTRO:

PERIODICITA'

☒ ANNUALE <u>X</u>	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

Si

No

☐ IDONEO AL LAVORO NOTTURNO

Si

No

☒ IDONEO AL LAVORO IN QUOTA

Si

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 Fabio Polidori

DATA 9/11/2024

DATA COMUNICAZIONE AL DATORE DI LAVORO 15/11/2024

DR. ANTONIO PASCARELLI
MEDICO DEL LAVORO
MEDICO COMPETENTE