

CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA

COGNOME: <u>MOCANU</u>	NOME: <u>TRAN DATIR IONEL</u>
NATO/A <u>20.01.1998</u>	IL <u>ROMANIA</u>
AZIENDA <u>M.D.S</u>	MANSIONE <u>OPERAI O MURATORI</u>

VISITA MEDICA

☐ DI ASSUNZIONE	PERIODICA
☒ PRIMA VISITA	A RICHIESTA DEL LAVORATORE

PERIODICITA'

☒ ANNUALE	☐ BIENNALE	☐ QUINQUENNALE	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 M

DATA 14/10/2025

DATA COMUNICAZIONE AL DATORE DI LAVORO 15/10/2025

Dott. ANTONIO D'ANGELO
MEDICO DEL LAVORO
MEDICO COMPETENTE