

CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA

COGNOME: <u>VERNA</u>	NOME: <u>ALESSIO</u>
NATO/A <u>ROMA</u>	IL <u>31/03/92</u>
AZIENDA <u>MOS SRL</u>	MANSIONE <u>OPERAIO MANUALE</u>

VISITA MEDICA

☐ DI ASSUNZIONE	☒ PERIODICA
☐ PRIMA VISITA	☐ FINE CONVALESCENZA
☐ 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	☒ Tetano	☒ 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 $\geq 4h/die$	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	☐ Radiazioni solari	Vapori, PVC, Polipropilene; Pasta Filettatura	
☐ Altri:	☒ Posturale	☒ Macroclima sfavorevole	

ESAMI EFFETTUATI: PROTOCOLLO SANITARIO

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

☒ 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

DATA 04/02/2026

DATA COMUNICAZIONE AL DATORE DI LAVORO

13/7/2026

Dott. ANTONIO D'ARCANGELO
MEDICO DEL LAVORO
MEDICO COMPETENTE