

Da consegnare: al Datore di lavoro

**GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE LAVORATIVA SPECIFICA**  
(Art.41, D. Lgs. n.81/08)

Il lavoratore: CIARDIELLO RAFFAELE 22/09/1995

In data 09/12/2021

È stato sottoposto a visita medica per idoneità alla mansione di:

OPERAIO / ELETTRICISTA

- |                                                          |                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Preventiva           | <input type="checkbox"/> Esposizione ad agenti chimici (rischio moderato)                                |
| <input type="checkbox"/> Preassuntiva                    | <input checked="" type="checkbox"/> X Polveri                                                            |
| <input type="checkbox"/> Periodica                       | <input checked="" type="checkbox"/> X Posture incongrue                                                  |
| <input type="checkbox"/> Straordinaria                   | <input type="checkbox"/> Esposizione ad agenti biologici                                                 |
| <input type="checkbox"/> Su richiesta                    | <input type="checkbox"/> Esposizione a sovraccarico biomeccanico                                         |
| <input type="checkbox"/> Preventiva cambio di mansione   | <input type="checkbox"/> Utilizzo di VDT maggiore di 20 ore a settimana                                  |
| <input type="checkbox"/> Fine rapporto di lavoro         | <input checked="" type="checkbox"/> X Mmc                                                                |
| <input type="checkbox"/> Controllo inidoneità temporanea | <input type="checkbox"/> Attività previste dal provvedimento 16 marzo 2006 ai sensi della legge 125/2001 |
|                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> X Movim.rip. arti sup.                                               |
|                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> x Vibrazioni mano braccio                                            |
|                                                          | <input type="checkbox"/> Microclima                                                                      |
|                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> x Quota                                                              |
|                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> x Rumore                                                             |

con il seguente esito:

- ☒ Idoneo
- ☐ Idoneo con le seguenti prescrizioni: .....
- ☐ Idoneo con le seguenti limitazioni: .....
- ☐ Temporaneamente non idoneo fino al .....
- ☐ Permanentemente non idoneo

Da sottoporre a nuova visita medica il 08/12/2022 previa esecuzione dei seguenti accertamenti:  
vedi protocollo sanitario.

Firma del Lavoratore.....

Data 09/12/2021

Il Medico Competente

**Dott.ssa Alessandra Improta**  
Medico Chirurgo  
Specialista in Medicina del Lavoro