



GIUDIZIO DI IDONEITA' SPECIFICA PER MANSIONE

Azienda **MIASS S.R.L**
DATORE DI LAVORO _____

Lavoratore
COGNOME E NOME **GABRIELLI ALBERTO**
NATO IL **21-4-71** A **ZRIVERNO** MANSIONE **MANUT./CARRELLISTA**

È STATO SOTTOPOSTO A VISITA MEDICA IL GIORNO **18 DIC. 2024**

FATTORI DI RISCHIO:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RUMORE | <input type="checkbox"/> VDT | <input checked="" type="checkbox"/> GUIDA DI MACCHINE |
| <input type="checkbox"/> OLI MINERALI | <input type="checkbox"/> AMIANTO | MOVIMENTAZIONE TERRA E MERCI |
| <input type="checkbox"/> MICROCLIMA | <input type="checkbox"/> PIOMBO | <input type="checkbox"/> CONDUZIONE VEICOLI |
| <input checked="" type="checkbox"/> AGENTI VIBRANTI | <input type="checkbox"/> VERNICI | <input checked="" type="checkbox"/> MOVIMENTAZIONE MANUALE CARICHI |
| <input type="checkbox"/> AGENTI CHIMICI | <input type="checkbox"/> RISCHIO PSICO SOCIALE | <input type="checkbox"/> LAVORI IN ALTEZZA |
| <input checked="" type="checkbox"/> POLVERI | <input type="checkbox"/> FUMI DI SALDATURA | <input type="checkbox"/> SOLVENTI |
| <input type="checkbox"/> BIOLOGICO | <input type="checkbox"/> LAVORO NOTTURNO | <input type="checkbox"/> BENZENE |
| | | <input type="checkbox"/> ALTRO _____ |

ACCERTAMENTI SANITARI:

- | | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> VISITA MEDICA | <input checked="" type="checkbox"/> CDt | <input checked="" type="checkbox"/> ESAME FUNZIONALE DEL RACHIDE |
| <input checked="" type="checkbox"/> AUDIOMETRIA | <input type="checkbox"/> PIOMBEMIA | <input type="checkbox"/> QUESTIONARIO ANAMNESTICO PATOLOGIE |
| <input checked="" type="checkbox"/> ESAME SPIROMETRICO | <input type="checkbox"/> BENZENEMIA | ARTI SUPERIORI E DEL RACHIDE |
| <input type="checkbox"/> ESAMI EMATOCHIMICI | <input type="checkbox"/> ESAME URINE | <input type="checkbox"/> ALTRO _____ |
| <input type="checkbox"/> VISITA OCULISTICA | <input checked="" type="checkbox"/> Es. ACIDO METILIPPURICO | |
| <input type="checkbox"/> ECG | <input checked="" type="checkbox"/> TOSSICOLOGICI URINARI | |

ESITO:

- IDONEO
- IDONEO CON PRESCRIZIONI / LIMITAZIONI
- OTOPROTETTORI IN PRESENZA DI RUMORI
 - PROTEZIONE RESPIRATORIA IN PRESENZA DI POLVERI
 - USO O OBBLIGO DI LENTI
 - NON ADIBIRE A LAVORI GRAVOSI
 - NON ADIBIRE A LAVORI IN ALTEZZA
 - EVITARE ECCESSIVI CARICHI LOMBARI NON SOLLEVARE PIÙ DI _____ KG
 - ALTRO _____
- NON IDONEO TEMPORANEAMENTE _____
- NON IDONEO _____

DA SOTTOPORRE IL LAVORATORE A NUOVA VISITA MEDICA
ENTRO IL MESE DI **18 DIC. 2025** DELL'ANNO _____ PREVIA ESECUZIONE DEI SEGUENTI ACCERTAMENTI:

PERIODICITÀ: ANNUALE BIENNALE QUINQUENNALE

* Avverso il giudizio di idoneità è ammesso il ricorso, all'Organo di Vigilanza territorialmente competente, ai sensi del comma 9 dell'art. 41 del D. Lgs 81/2008, e S.M.I. entro il termine di 30 giorni.

FIRMA DEL LAVORATORE PER ACCETTAZIONE*

Dott. **GIAMPIRO SAVINI**
MEDICO COMPETENTE PER GLI ACCERTAMENTI IN MATERIA DI LAVORO

TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO AL LAVORATORE E AL DATORE DI LAVORO IN DATA **18 DIC. 2024**