



## Certificato di Idoneità alla Mansione

(conforme allegato 3A D.Lgs 81/08 e S.M.I.)

**Lavoratore** DI VINCENZO SALVATORE ALBERTO

**Sesso** M **C.F.** DVNSVT93L06A089M

**Nato/a il** 06/07/1993 **a** AGRIGENTO (AG)

**Nazionalità** n.d.

**Azienda** Az. Osp. Univ. Policlinico Paolo Giaccone

**Reparto** 38.01.0 - Otorinolaringoiatria

**Sede** Az. Osp. Univ. Policlinico Paolo Giaccone

**Qualifica**

**Mansione** LAVORATORE EQUIPARATO - DOTTORANDO - UNIPA

Protocollo Sanitario con periodicità **24 Mesi**

in data **31/01/2025** è stato sottoposto a: **Visita Medica preventiva**  
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

Agenti Biologici - Esposizione Potenziale (Titolo X - D. Lgs. 81/08)

Lavoro Notturno (D.Lgs. 66/2003)

Postura (Art. 28 D.Lgs. 81/08)

Rischio Terzi - Alcool (Art. 41 Comma 4 D.Lgs 81/08 e s.m.i.)

con il seguente esito: **IDONEO**

Da sottoporre a nuova Visita Medica entro il **31-01-2027** previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

ECG

Esami ematochimici

Esame Urine

Mantoux

QUESTIONARIO ALCOL TEST

Azienda "Policlinico Paolo Giaccone"

U.O. S. 37.001 - MEDICO COMPETENTE

Dr.ssa Annalisa PRIOLO

Medico Competente 22/89

O.M. PA 15554 - ENPAM 300366202L

Il sottoscritto/a DI VINCENZO SALVATORE ALBERTO

dichiara di avere riferito in modo veritiero al Medico la propria anamnesi e di avere preso visione di quanto a proposito riportato nella Cartella Informatizzata. Dichiara inoltre di essere stato informato sul significato e sui risultati degli Accertamenti Sanitari effettuati. Dichiara infine di essere a conoscenza che avverso il giudizio del Medico Competente è ammesso ricorso all'Organo di Vigilanza territoriale competente, ai sensi dell'art. 41 del D.Lgs. 81/2008, entro il termine di 30 giorni

Consapevole della finalità della raccolta ed elaborazione dei propri dati, esposte dal Medico Competente, acconsente, ai sensi della normativa vigente, che sia eseguito il loro trattamento ed archiviazione.

**Trasmissione al Lavoratore:** effettuata il: 03/02/2025

**Mezzo:** A MANO

**Trasmissione al Datore di Lavoro:** effettuata il: 03/02/2025

**Mezzo:** PROTOCOLLO AZIENDALE TITULUS

**Rif.**

**Data Giudizio** 03/02/2025

**Il Lavoratore**

DI VINCENZO SALVATORE ALBERTO