

## Certificato di Idoneità alla Mansione Specifica

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

**Lavoratore** BERRUTO GIOVANNI

**C.F.** BRRGNN63A23F839K

**Nato/a il** 23/01/1963 **a** NAPOLI (NA)

**Nazionalità** n.d.

**Azienda** EASY SERVIZI SRL

**Reparto**

**Sede** EASY SERVIZI SRL

**Qualifica**

**Mansione** OPERATORE IMPIANTISTA

in data **11/11/2020** è stato sottoposto a: **PRIMA VISITA**  
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

MANSIONI CON DIVIETO E CONTROLLO ALCOLDIPENDENZA :: .

POLVERI :: .

SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI :: .

MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: .

POSTURE INCONGRUE :: .

con il seguente esito: **IDONEO**

Da sottoporre a nuova Visita Medica entro il **11-11-2021**

previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

CDT ( Il livello se valori epatici alterati)

Spirometria

QUESTIONARIO ARTI SUPERIORI

QUESTIONARIO OSTEO-ARTICOLARE

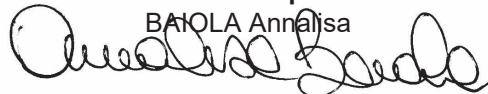
Esami Ematochimici

VALUTAZIONE FUNZIONALE DEL RACHIDE

QUESTIONARIO AUDIT (WHO 2001) - ALCOOL

**Il Medico Competente**

BAIOLA Annalisa



Il sottoscritto/a BERRUTO GIOVANNI

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. Dichiaro inoltre di essere stato informato sul significato e sui risultati degli Accertamenti Sanitari effettuati. Dichiaro 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:** 11/11/2020

**Mezzo:** POSTA ELETTRONICA

**Trasmissione al Datore di Lavoro:** **effettuata il:** 11/11/2020

**Mezzo:** POSTA ELETTRONICA

**Rif.**

**Data Giudizio** 11/11/2020

## Certificato di Idoneità alla Mansione Specifica

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

<b>Lavoratore</b> IZZI EMANUELE	<b>C.F.</b> ZZIMNL77R25H501V
<b>Nato/a il</b> 25/10/1977 <b>a</b> ROMA (RM)	<b>Nazionalità</b> n.d.

**Azienda** EASY SERVIZI SRL

**Reparto**

**Sede** EASY SERVIZI SRL

**Qualifica**

**Mansione** OPERATORE IMPIANTISTA

in data **06/11/2020** è stato sottoposto a: **VISITA MEDICA PREASSUNTIVA**  
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

MANSIONI CON DIVIETO E CONTROLLO ALCOLDIPENDENZA :: .

POLVERI :: .

SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI :: .

MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: .

POSTURE INCONGRUE :: .

con il seguente esito: **IDONEO**

Da sottoporre a nuova Visita Medica entro il **06-11-2021**

previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

CDT ( Il livello se valori epatici alterati)

Spirometria

QUESTIONARIO ARTI SUPERIORI

QUESTIONARIO OSTEO-ARTICOLARE

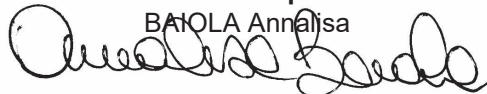
Esami Ematochimici

VALUTAZIONE FUNZIONALE DEL RACHIDE

QUESTIONARIO AUDIT (WHO 2001) - ALCOOL

**Il Medico Competente**

BAIOLA Annalisa



Il sottoscritto/a IZZI EMANUELE

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. Dichiaro inoltre di essere stato informato sul significato e sui risultati degli Accertamenti Sanitari effettuati. Dichiaro 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:** 06/11/2020

**Mezzo:** POSTA ELETTRONICA

**Trasmissione al Datore di Lavoro:** **effettuata il:** 06/11/2020

**Mezzo:** POSTA ELETTRONICA

**Rif.**

**Data Giudizio** 06/11/2020

## Certificato di Idoneità alla Mansione Specifica

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

**Lavoratore** MELIS MARCO **C.F.** MLSMRC97T30H501Z  
**Nato/a il** 30/12/1997 **a** ROMA (RM) **Nazionalità** n.d.

**Azienda** EASY SERVIZI SRL **Reparto**  
**Sede** EASY SERVIZI SRL **Qualifica**  
**Mansione** OPERATORE IMPIANTISTA

in data **06/11/2020** è stato sottoposto a: **VISITA MEDICA PREASSUNTIVA**  
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

MANSIONI CON DIVIETO E CONTROLLO ALCOLDIPENDENZA :: .  
POLVERI :: .  
SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI :: .

MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: .  
POSTURE INCONGRUE :: .

con il seguente esito: **IDONEO**

Da sottoporre a nuova Visita Medica entro il **06-11-2021**

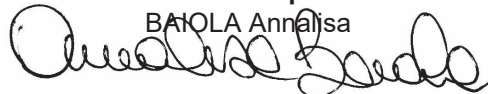
CDT ( Il livello se valori epatici alterati)  
Spirometria  
QUESTIONARIO ARTI SUPERIORI  
QUESTIONARIO OSTEO-ARTICOLARE

previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

Esami Ematochimici  
VALUTAZIONE FUNZIONALE DEL RACHIDE  
QUESTIONARIO AUDIT (WHO 2001) - ALCOOL

**Il Medico Competente**

BAIOLA Annalisa



Il sottoscritto/a MELIS MARCO

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. Dichiaro inoltre di essere stato informato sul significato e sui risultati degli Accertamenti Sanitari effettuati. Dichiaro 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:** 06/11/2020 **Mezzo:** POSTA ELETTRONICA  
**Trasmissione al Datore di Lavoro:** **effettuata il:** 06/11/2020 **Mezzo:** POSTA ELETTRONICA  
**Rif.**

**Data Giudizio** 06/11/2020

## Certificato di Idoneità alla Mansione Specifica

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

<b>Lavoratore</b> PAGANO NELLO	<b>C.F.</b> PGNNLL82R31L182J
<b>Nato/a il</b> 31/10/1982 <b>a</b> TIVOLI (RM)	<b>Nazionalità</b> n.d.

**Azienda** EASY SERVIZI SRL

**Reparto**

**Sede** EASY SERVIZI SRL

**Qualifica**

**Mansione** OPERATORE IMPIANTISTA

in data **06/11/2020** è stato sottoposto a: **VISITA MEDICA PREASSUNTIVA**  
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

MANSIONI CON DIVIETO E CONTROLLO ALCOLDIPENDENZA :: .

POLVERI :: .

SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI :: .

MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: .

POSTURE INCONGRUE :: .

con il seguente esito: **IDONEO**

Da sottoporre a nuova Visita Medica entro il **06-11-2021**

previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

CDT ( Il livello se valori epatici alterati)

Spirometria

QUESTIONARIO ARTI SUPERIORI

QUESTIONARIO OSTEO-ARTICOLARE

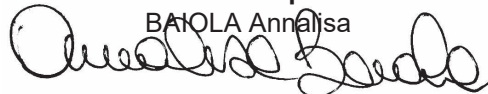
Esami Ematochimici

VALUTAZIONE FUNZIONALE DEL RACHIDE

QUESTIONARIO AUDIT (WHO 2001) - ALCOOL

**Il Medico Competente**

BAIOLA Annalisa



Il sottoscritto/a PAGANO NELLO

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. Dichiaro inoltre di essere stato informato sul significato e sui risultati degli Accertamenti Sanitari effettuati. Dichiaro 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:** 06/11/2020

**Mezzo:** POSTA ELETTRONICA

**Trasmissione al Datore di Lavoro:** **effettuata il:** 06/11/2020

**Mezzo:** POSTA ELETTRONICA

**Rif.**

**Data Giudizio** 06/11/2020

## Certificato di Idoneità alla Mansione Specifica

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

**Lavoratore** VADARACCO UMBERTO **C.F.** VDRMRT70H19H501G  
**Nato/a il** 19/06/1970 **a** ROMA (RM) **Nazionalità** n.d.

**Azienda** EASY SERVIZI SRL

**Reparto**

**Sede** EASY SERVIZI SRL

**Qualifica**

**Mansione** OPERATORE IMPIANTISTA

in data **06/11/2020** è stato sottoposto a: **VISITA MEDICA PREASSUNTIVA**  
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

MANSIONI CON DIVIETO E CONTROLLO ALCOLDIPENDENZA :: .

POLVERI :: .

SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI :: .

MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: .

POSTURE INCONGRUE :: .

con il seguente esito: **IDONEO**

Da sottoporre a nuova Visita Medica entro il **06-11-2021**

previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

CDT ( Il livello se valori epatici alterati)

Spirometria

QUESTIONARIO ARTI SUPERIORI

QUESTIONARIO OSTEO-ARTICOLARE

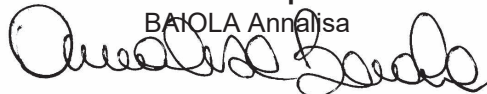
Esami Ematochimici

VALUTAZIONE FUNZIONALE DEL RACHIDE

QUESTIONARIO AUDIT (WHO 2001) - ALCOOL

**Il Medico Competente**

BAIOLA Annalisa



Il sottoscritto/a VADARACCO UMBERTO

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. Dichiaro inoltre di essere stato informato sul significato e sui risultati degli Accertamenti Sanitari effettuati. Dichiaro 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:** 06/11/2020

**Mezzo:** POSTA ELETTRONICA

**Trasmissione al Datore di Lavoro:** **effettuata il:** 06/11/2020

**Mezzo:** POSTA ELETTRONICA

**Rif.**

**Data Giudizio** 06/11/2020

## Certificato di Idoneità alla Mansione Specifica

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

**Lavoratore** VERRENGIA DANIELE

**C.F.** VRRDNL82P01H501J

**Nato/a il** 01/09/1982 **a** ROMA (RM)

**Nazionalità** n.d.

**Azienda** EASY SERVIZI SRL

**Reparto**

**Sede** EASY SERVIZI SRL

**Qualifica**

**Mansione** OPERATORE IMPIANTISTA

in data **06/11/2020** è stato sottoposto a: **VISITA MEDICA PREASSUNTIVA**  
per esposizione ai seguenti fattori di rischio:

MANSIONI CON DIVIETO E CONTROLLO ALCOLDIPENDENZA :: .

POLVERI :: .

SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI :: .

MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI :: .

POSTURE INCONGRUE :: .

con il seguente esito: **IDONEO**

Da sottoporre a nuova Visita Medica entro il **06-11-2021**

previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

CDT ( Il livello se valori epatici alterati)

Spirometria

QUESTIONARIO ARTI SUPERIORI

QUESTIONARIO OSTEO-ARTICOLARE

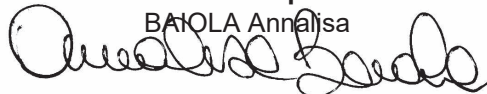
Esami Ematochimici

VALUTAZIONE FUNZIONALE DEL RACHIDE

QUESTIONARIO AUDIT (WHO 2001) - ALCOOL

**Il Medico Competente**

BAIOLA Annalisa



Il sottoscritto/a VERRENGIA DANIELE

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:** 06/11/2020

**Mezzo:** POSTA ELETTRONICA

**Trasmissione al Datore di Lavoro:** **effettuata il:** 06/11/2020

**Mezzo:** POSTA ELETTRONICA

**Rif.**

**Data Giudizio** 06/11/2020