

**DOTT.SSA BEATRICE PUGLISI**  
**MEDICO CHIRURGO**  
**SPECIALISTA IN MEDICINA DEL LAVORO**  
Elenco Nazionale Medici Competenti id.22078  
studiomedicopuglisi@gmail.com

## **GIUDIZIO IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA**

Ente/Azienda: **DI BLASI INDUSTRIALE SRL**

Il Lavoratore **PLEBISCITO SALVATORE**

nato il 25.02.1957 a: **FRANCOFONTE**

mansione lavorativa: **COORDINATORE - REGISTRAZIONE TELAI**

in data 11/02/2025 è stato sottoposto, ai sensi del D.Lgs 81/2008 e s.m.i, a visita medica:

---

### **PERIODICA**

---

per esposizione a: **POSTURE, POLVERI, MICROCLIMA.**

**GIUDIZIO: IDONEO**

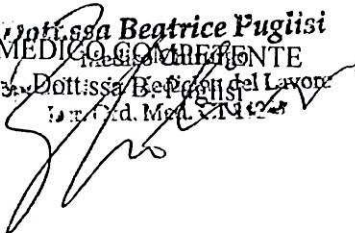
**PERIODICITA' / VALIDITA': 12 MESI- ANNUALE**

*Note: si raccomanda, ove previsto, corretto utilizzo dei DPI.*

Da sottoporre a nuova visita medica entro 11-02-2026 previa esecuzione degli accertamenti ove previsti dal protocollo sanitario.

*Contro il giudizio è ammesso ricorso entro 30 giorni dalla data di comunicazione (Art. 41 comma 9 D.Lgs. 81/08) all'Organo di Vigilanza territorialmente competente che dispone, dopo eventuali ulteriori accertamenti, la conferma, la modifica o la revoca del giudizio stesso. Il lavoratore è stato informato ai sensi della normativa vigente, circa il significato e l'esito della visita medica. Il lavoratore è stato informato ai sensi della normativa vigente (art.13 D.Lgs n.196 30.06.2003 e succ. modifiche UE 2016 / 679) ed acconsente al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali.*

Data emissione giudizio e trasmissione: 11-02-2025

**Dott.ssa Beatrice Puglisi**  
**IL MEDICO COMPETENTE**  
Dott.ssa Beatrice Puglisi  
Id. Nat. Med. 22078  


## CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO

(D. Lgs. 9 aprile 2008 n. 81 – D.M. 12 luglio 2007 n. 155)

LAVORATORE terventi Group sesso ☒ M ☐ F  
nato/a a: Ragusa (.....) il 11-10-78 nazionalità .....  
residente a ..... (.....) in ..... Tel. ....

[illegible]

Medico curante Dott. .... Via ..... Tel. ....

**AZIENDA:** nome (sede di lavoro): .....

**VISITA MEDICA** eseguita in data: 22-6-2023

☒ PERIODICA / ☐ STRAORDINARIA / ☐ POST-MALATTIA (superiore a 60 giorni continuativi, art. 41 comma 2 lett. E-ter)

motivazione / idoneità alla mansione specifica

☐ cambio di mansione      ☐ controllo cessazione inidoneità

su richiesta .....

☐ fine rapporto di lavoro .....

☐ altri motivi .....

1. Dati occupazionali ☐ non si segnalano variazioni rispetto alla visita precedente ☐ altro ☐ vedi allegato .....

Variazione destinazione lavorativa o **Mansione**: ingegner

Fattori di rischio (specificare quali): ☐ VDT ☐ M.M.C. ☐ Ag. Chimici ☐ Ag. Biologici ☐ Polveri ☐ Rumore

☐ Posture incongrue ☐ Lavoro in Quota ☐ Microclima ☐ Lavoro Notturno ☐ Rischio Terzi:.....

Altro: .....

Tempo di esposizione (giorni/anno) ☐ Intero anno lavorativo ☐ altro: .....

Eventuale uso di dispositivi di protezione individuale: ☐ otoprotettori ☐ maschera protettiva ☐ guanti .....

2. Anamnesi intercorrente ☒ non si segnalano variazioni rispetto alla visita precedente ☐ altro ☐ vedi allegato .....

Continua terapia cardiologica e controlli  
cardiologici periodici.

Vaccinazioni (variazioni): ☐ no ☐ si entire 3 do Alcolici: ☒ no ☐ si

Fumo: ☒ sì ☐ no quantità al dì .....

Infortuni – Traumi (lavorativi o extralavorativi): neg

Riconoscimenti di invalidità: ☐ I. civile, ☐ INPS, ☐ INAIL, ☐ Ass. Private) no ☒ si ☐ Percentuale.....

Contemporanea esposizione presso altri datori di lavoro o attività professionale autonoma (indicare gli agenti) ☒ no ☐ si



3. Esame obiettivo:

Peso (Kg.): 72 Altezza (cm): 170 P.A. (mmHg): 110/70 F.C. 67 b/m' SpO<sub>2</sub> 97%  
☐ Nulla da rilevare ad i principali organi ed apparati ☐ Altro: cuore

4. Accertamenti integrativi specialistici e/o di laboratorio (indicare n° ed accertamenti eseguiti allegati):

Allegati: ☐ Audiometria ☐ Spirometria ☐ E.C.G. ☐ Visiotest ☐ Esami di laboratorio ☐ Alcol test (AUDIT C) ☐ Alcolimetria  
☐ Drug Test ☐ Rx Torace ☐ Anticorpi antitetano ☐ Altro:

5. Valutazioni conclusive (in relazione ai dati clinico anamnestici, ai risultati degli accertamenti, ai rischi lavorativi)

☐ Buone condizioni cliniche ☐ altro: Fumo, WPA, pregresso IGA,  
ansia e esasperazione

6. Giudizio di idoneità:

- ☒ Idoneo  
☐ Idoneo parzialmente con ☐ Temporanee / ☐ Permanenti ☐ Prescrizioni / ☐ Limitazioni  
☐ Inidoneo temporaneamente dal ..... al .....  
☐ Inidoneo permanentemente

Prescrizioni / Limitazioni:

Periodicità di visita assegnata: ☐ Trimestrale ☐ Semestrale ☐ Annuale ☒ Biennale ☐ Quinquennale  
☐ Altro:

Data: 22/6/2023

Firma del lavoratore

Per presa visione del giudizio di idoneità, del significato della sorveglianza sanitaria e degli esiti della stessa e per ricevuta del giudizio di idoneità.

Firma del Medico Competente

INFORMAZIONI PER IL DIPENDENTE

Avverso il giudizio di idoneità è ammesso ricorso all'Organo di vigilanza territorialmente competente, ai sensi del comma 9 dell'art. 41 del D. Lgs. 81/08, entro il termine di 30 giorni.

Il lavoratore dichiara di avere ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 e succ. modifiche del Reg. (UE) 2016/679 ed, informato dei propri diritti, acconsente al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali, con particolare riferimento ai dati sensibili ed individuali.

Il contenuto clinico degli accertamenti eseguiti è vincolato al segreto professionale ed i dati sanitari sono conservati sotto responsabilità del Medico Competente. All'azienda verrà comunicato solo il giudizio di idoneità con le eventuali implicazioni medico-legali, come previsto dalle norme vigenti (D. Lgs. 81/08 integrato D.Lgs. 106/09 e norme correlate).

CONFERMA INOLTRE CHE LE NOTIZIE ANAMNESTICHE FORNITE SONO VERITIERE E COMPLETE.

L'interessato:

AZIENDA/ENTE:

DI BUSH INDUSTRIALE

## CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO

(D. Lgs. 9 aprile 2008 n. 81 – D.M. 12 luglio 2007 n. 155)

LAVORATORE

PIRRONE DARIO

sessu:

☒ M

☐ F

nato/a a:

LENTINI

(.....) il

7/8/95

nazionalità

residente a

Fraucaponte

(.....) in

Cda Pessenedo

Tel.

3880503785

Codice Fiscale

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Medico curante Dott. ....

Via

Tel.

AZIENDA: nome (sede di lavoro):

### VISITA MEDICA

eseguita in data:

22/6/2023

☒ PERIODICA / ☐ STRAORDINARIA / ☐ POST-MALATTIA (superiore a 60 giorni continuativi, art. 41 comma 2 lett. E-ter)

motivazione

☒ idoneità alla mansione specifica

☐ cambio di mansione

☐ controllo cessazione inidoneità

☐ su richiesta

☐ fine rapporto di lavoro

☐ altri motivi

1. Dati occupazionali ☐ non si segnalano variazioni rispetto alla visita precedente ☐ altro ☐ vedi allegato

Variazione destinazione lavorativa o Mansione:

impiegato vds

Fattori di rischio (specificare quali):

☐ VDT

☐ M.M.C.

☐ Ag. Chimici

☐ Ag. Biologici

☐ Polveri

☐ Rumore

☐ Posture incongrue

☐ Lavoro in Quota

☐ Microclima

☐ Lavoro Notturno

☐ Rischio Terzi:

☐ Altro:

Tempo di esposizione (giorni/anno) ☐ Intero anno lavorativo ☐ altro:

Eventuale uso di dispositivi di protezione individuale:

☐ ottoprotettori

☐ maschera protettiva

☐ guanti

2. Anamnesi intercorrente ☐ non si segnalano variazioni rispetto alla visita precedente ☐ altro ☐ vedi allegato

Continua terapia per asma bronchiale

Vaccinazioni (variazioni): ☐ no ☐ si

anticoagulante 2da

Alcolici:

☒ no

☐ si

Fumo:

☒ no

☐ si

quantità al dì

Sport:

☐ no

☒ si

boxe

Infortuni – Traumi (lavorativi o extralavorativi):

Ne 7a

Riconoscimenti di invalidità: (☐ I. civile, ☐ INPS, ☐ INAIL, ☐ Ass. Private)

no

☒ si

Percentuale:

Contemporanea esposizione presso altri datori di lavoro o attività professionale autonoma (indicare gli agenti)

☒ no

☐ si



### 3. Esame obiettivo:

Peso (Kg.): 89 Altezza (cm): 175 P.A. (mmHg): 110/70 F.C. 80 b/m' SpO<sub>2</sub> 98%  
☒ Nulla da rilevare ad i principali organi ed apparati ☐ Altro: cuore

### 4. Accertamenti integrativi specialistici e/o di laboratorio (indicare n° ed accertamenti eseguiti allegati): .....

Allegati: ☐ Audiometria ☐ Spirometria ☐ E.C.G. ☐ Visiotest ☐ Esami di laboratorio ☐ Alcol test (AUDIT C) ☐ Alcolimetria  
☐ Drug Test ☐ Rx Torace ☐ Anticorpi antitetano ☐ Altro: .....

### 5. Valutazioni conclusive (in relazione ai dati clinico anamnestici, ai risultati degli accertamenti, ai rischi lavorativi)

☐ Buone condizioni cliniche ☐ altro Pregresso COVID-19 guarito  
senza esiti. ASMA bronchiale intermedia.  
Discrepanza 2/12

### 6. Giudizio di idoneità:

- ☒ Idoneo  
☐ Idoneo parzialmente con ☐ Temporanee / ☐ Permanenti ☐ Prescrizioni / ☐ Limitazioni  
☐ Inidoneo temporaneamente dal.....al.....  
☐ Inidoneo permanentemente

Prescrizioni / Limitazioni:

Periodicità di visita assegnata: ☐ Trimestrale ☐ Semestrale ☐ Annuale ☒ Biennale ☐ Quinquennale  
☐ Altro: .....

Data: 22/5/23

#### Firma del lavoratore

Per presa visione del giudizio di idoneità, del significato della sorveglianza sanitaria e degli esiti della stessa e per ricevuta del giudizio di idoneità.

[Firma]

#### Firma del Medico Competente

[Firma]

#### INFORMAZIONI PER IL DIPENDENTE

Avverso il giudizio di idoneità è ammesso ricorso all'Organo di vigilanza territorialmente competente, ai sensi del comma 9 dell'art. 41 del D. Lgs. 81/08, entro il termine di 30 giorni.

Il lavoratore dichiara di avere ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 e succ. modifiche del Reg. (UE) 2016/679 ed, informato dei propri diritti, acconsente al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali, con particolare riferimento ai dati sensibili ed individuali.

Il contenuto clinico degli accertamenti eseguiti è vincolato al segreto professionale ed i dati sanitari sono conservati sotto responsabilità del Medico Competente. All'azienda verrà comunicato solo il giudizio di idoneità con le eventuali implicazioni medico-legali, come previsto dalle norme vigenti (D. Lgs. 81/08 integrato D.Lgs. 106/09 e norme correlate).

CONFERMA INOLTRE CHE LE NOTIZIE ANAMNESTICHE FORNITE SONO VERITIERE E COMPLETE.

L'interessato: [Firma]

**DOTT.SSA BEATRICE PUGLISI**  
**MEDICO CHIRURGO**  
**SPECIALISTA IN MEDICINA DEL LAVORO**  
Elenco Nazionale Medici Competenti id.22078  
studiomedicopuglisi@gmail.com

## **GIUDIZIO IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA**

Ente/Azienda: DI BLASI INDUSTRIALE SRL

Il lavoratore: SCOLLO GIUSEPPE

nato il 07-09-1967 a FRANCOFONTE (SR)

mansione lavorativa: ADD.SALDATURA TELAI

in data 05-12-2024 è stato sottoposto, ai sensi del D.Lgs 81/2008 e s.m.i, a visita medica:

---

PERIODICA

---

per esposizione a: MICROCLIMA, MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI (<25 KG), POSTURE, POLVERI, FUMI SALDATURA.

### **GIUDIZIO:**

**IDONEO CON PRESCRIZIONE: EVITARE COMPITI GRAVOSI**

PERIODICITA' / VALIDITA': 12 MESI- ANNUALE

Note: si raccomanda, ove previsto, corretto utilizzo dei DPI.

Da sottoporre a nuova visita medica entro 05-12-2025 previa esecuzione degli accertamenti ove previsti dal protocollo sanitario.

*Contro il giudizio è ammesso ricorso entro 30 giorni dalla data di comunicazione (Art. 41 comma 9 D.Lgs. 81/08) all'Organo di vigilanza territorialmente competente che dispone, dopo eventuali ulteriori accertamenti, la conferma, la modifica o la revoca del giudizio stesso. Il lavoratore è stato informato ai sensi della normativa vigente, circa il significato e l'esito della visita medica. Il lavoratore è stato informato ai sensi della normativa vigente (art.13 D.Lgs n.196 30.06.2003 e succ. modifiche UE 2016 / 679) ed acconsente al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali.*

Data emissione giudizio e trasmissione:05-12-2024

IL MEDICO COMPETENTE

Dott.ssa B. Puglisi  
*Dott.ssa Beatrice Puglisi*  
Medico Chirurgo  
Specialista in Medicina del Lavoro  
Ord. Med. ST 14248

DOTT.SSA BEATRICE PUGLISI  
MEDICO CHIRURGO  
SPECIALISTA IN MEDICINA DEL LAVORO  
Elenco Nazionale Medici Competenti id.22078  
studiomedicopuglisi@gmail.com

## GIUDIZIO IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA

Ente/Azienda: DI BLASI INDUSTRIALE SRL

Il lavoratore: SANZA' MATTIA

nato il 24-04-2002 a LENTINI (SR)

mansione lavorativa: OPERAIO ADD. MONTAGGIO

in data 05-12-2024 è stato sottoposto, ai sensi del D.Lgs 81/2008 e s.m.i, a visita medica:

---

PERIODICA

---

per esposizione a: MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI (<25 KG), POSTURE, POLVERI,  
VIBRAZIONI MANO BRACCIO (BASSO LIV.ESPOS.), MICROCLIMA.

**GIUDIZIO:  
IDONEO**

PERIODICITA' / VALIDITA': 12 MESI- ANNUALE

Note: si raccomanda, ove previsto, corretto utilizzo dei DPI.

Da sottoporre a nuova visita medica entro 05-12-2025 previa esecuzione degli accertamenti ove previsti dal protocollo sanitario.

*Contro il giudizio è ammesso ricorso entro 30 giorni dalla data di comunicazione (Art. 41 comma 9 D.Lgs. 81/08) all'Organo di Vigilanza territorialmente competente che dispone, dopo eventuali ulteriori accertamenti, la conferma, la modifica o la revoca del giudizio stesso. Il lavoratore è stato informato ai sensi della normativa vigente, circa il significato e l'esito della visita medica. Il lavoratore è stato informato ai sensi della normativa vigente (art. 13 D.Lgs n. 196 30.06.2003 e succ. modifiche UE 2016 / 679) ed acconsente al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali.*

Data emissione giudizio e trasmissione: 05-12-2024

IL MEDICO COMPETENTE  
*Dot.ssa Beatrice Puglisi*  
Medico Chirurgo  
Specialista in Medicina del Lavoro  
Lic. Ord. Med. CT 1434



**DOTT.SSA BEATRICE PUGLISI**  
**MEDICO CHIRURGO**  
**SPECIALISTA IN MEDICINA DEL LAVORO**  
studiomedicopuglisi@gmail.com

Ente/Azienda: **DI BLASI INDUSTRIALE SRL**

Il Lavoratore **BARONE SALVATORE**

NATO A LENTINI IL 28.05.1968

mansione lavorativa: **COORDINATORE ADD. ASSEMBLAGGIO VEICOLI**

in data 10.10.2024 è stato sottoposto, ai sensi del D.Lgs 81/2008 e s.m.i, a visita medica:

---

**PERIODICA**

---

per esposizione a: POLVERI, POSTURE, MICROCLIMA, MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI (<25 KG) , VIBRAZIONI MANO BRACCIO (BASSO LIVELLO)

**GIUDIZIO =**

**IDONEO CON LIMITAZIONI: ESCLUSIONE MOVIMENTAZIONE MANUALE CARICHI >10 KG**

---

VALIDITA' : 12 MESI

Si raccomanda, ove previsto, corretto utilizzo dei DPI.

Da sottoporre a nuova visita medica entro OTTOBRE 2025 previa esecuzione dei seguenti accertamenti: -----

Data emissione giudizio: 10.10.2024

*Contro il giudizio è ammesso ricorso entro 30 giorni dalla data di comunicazione (Art. 41 comma 9 D.Lgs. 81/08) all'Organo di Vigilanza territorialmente competente che dispone, dopo eventuali ulteriori accertamenti, la conferma, la modifica o la revoca del giudizio stesso. Il lavoratore è stato informato ai sensi della normativa vigente, circa il significato e l'esito della visita medica. Il lavoratore è stato informato ai sensi della normativa vigente (art.13 D.Lgs n.196 30.06.2003 e succ. modifiche UE 2016 / 679) ed acconsente al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali.*

Data trasmissione giudizio: 10.10.2024

  
IL MEDICO COMPETENTE  
Dott.ssa B. Puglisi



**DOTT.SSA BEATRICE PUGLISI**  
**MEDICO CHIRURGO**  
**SPECIALISTA IN MEDICINA DEL LAVORO**  
studiomedicopuglisi@gmail.com

Ente/Azienda: **DI BLASI INDUSTRIALE SRL**

Il Lavoratore **GALIZIA GIOVANNI**

NATO A LENTINI IL 26.04.1966

mansione lavorativa: **ADD. PROTOTIPAZIONE VEICOLI**

in data 10.10.2024 è stato sottoposto, ai sensi del D.Lgs 81/2008 e s.m.i, a visita medica:

---

**PERIODICA**

---

per esposizione a: POLVERI, POSTURE, MICROCLIMA, MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI (<25 KG) , VIBRAZIONI MANO BRACCIO (BASSO LIVELLO)

**GIUDIZIO = IDONEO**

---

VALIDITA' : 12 MESI

Si raccomanda, ove previsto, corretto utilizzo dei DPI.

Da sottoporre a nuova visita medica entro OTTOBRE 2025 previa esecuzione dei seguenti accertamenti: -----

Data emissione giudizio: 10.10.2024

*Contro il giudizio è ammesso ricorso entro 30 giorni dalla data di comunicazione (Art. 41 comma 9 D.Lgs. 81/08) all'Organo di Vigilanza territorialmente competente che dispone, dopo eventuali ulteriori accertamenti, la conferma, la modifica o la revoca del giudizio stesso. Il lavoratore è stato informato ai sensi della normativa vigente, circa il significato e l'esito della visita medica. Il lavoratore è stato informato ai sensi della normativa vigente (art.13 D.Lgs n.196 30.06.2003 e succ. modifiche UE 2016 / 679) ed acconsente al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali.*

Data trasmissione giudizio: 10.10.2024

IL MEDICO COMPETENTE  
Dott.ssa B. Puglisi

*Beatrice Puglisi*  
Medico Chirurgo  
Specialista in Medicina del Lavoro

**DOTT.SSA BEATRICE PUGLISI**  
**MEDICO CHIRURGO**  
**SPECIALISTA IN MEDICINA DEL LAVORO**  
studiomedicopuglisi@gmail.com

Ente/Azienda: **DI BLASI INDUSTRIALE SRL**

Il Lavoratore **COGGI SALVATORE**

NATO A LENTINI IL 21.09.1980

mansione lavorativa: **ADD. ASSEMBLAGGIO VEICOLI**

in data 10.10.2024 è stato sottoposto, ai sensi del D.Lgs 81/2008 e s.m.i, a visita medica:

---

**PERIODICA**

---

per esposizione a: POLVERI, POSTURE, MICROCLIMA, MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI (<25 KG), VIBRAZIONI MANO BRACCIO (BASSO LIVELLO)

**GIUDIZIO = IDONEO**

---

VALIDITA' : 12 MESI

Si raccomanda, ove previsto, corretto utilizzo dei DPI.


Da sottoporre a nuova visita medica entro OTTOBRE 2025 previa esecuzione dei seguenti accertamenti: -----

Data emissione giudizio: 10.10.2024

*Contro il giudizio è ammesso ricorso entro 30 giorni dalla data di comunicazione (Art. 41 comma 9 D.Lgs. 81/08) all'Organo di Vigilanza territorialmente competente che dispone, dopo eventuali ulteriori accertamenti, la conferma, la modifica o la revoca del giudizio stesso. Il lavoratore è stato informato ai sensi della normativa vigente, circa il significato e l'esito della visita medica. Il lavoratore è stato informato ai sensi della normativa vigente (art.13 D.Lgs n.196 30.06.2003 e succ. modifiche UE 2016 / 679) ed acconsente al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali.*

Data trasmissione giudizio: 10.10.2024

IL MEDICO COMPETENTE  
Dott.ssa B. Puglisi



**DOTT.SSA BEATRICE PUGLISI**  
**MEDICO CHIRURGO**  
**SPECIALISTA IN MEDICINA DEL LAVORO**  
studiomedicopuglisi@gmail.com

Ente/Azienda: **DI BLASI INDUSTRIALE SRL**

Il Lavoratore **ROSA CHIAPPARELLO GIOVANNI**

NATO A LENTINI IL 20.06.1984

mansione lavorativa: ADD. SALDATURA TELAI

in data 10.10.2024 è stato sottoposto, ai sensi del D.Lgs 81/2008 e s.m.i, a visita medica:

---

**PERIODICA**

---

per esposizione a: POLVERI, POSTURE, MICROCLIMA, MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI (<25 KG) , FUMI SALDATURA

**GIUDIZIO = IDONEO**

---

VALIDITA' : 12 MESI

Si raccomanda, ove previsto, corretto utilizzo dei DPI.

Da sottoporre a nuova visita medica entro OTTOBRE 2025 previa esecuzione dei seguenti accertamenti: EMOCROMO CON FORMULA LEUCOCITARIA, GLICEMIA, VES, AST, ALT, CREATININEMIA, GGT, TRIGLICERIDI, COLESTEROLO TOTALE, ESAME DELLE URINE.

Data emissione giudizio: 10.10.2024

*Contro il giudizio è ammesso ricorso entro 30 giorni dalla data di comunicazione (Art. 41 comma 9 D.Lgs. 81/08) all'Organo di Vigilanza territorialmente competente che dispone, dopo eventuali ulteriori accertamenti, la conferma, la modifica o la revoca del giudizio stesso. Il lavoratore è stato informato ai sensi della normativa vigente, circa il significato e l'esito della visita medica. Il lavoratore è stato informato ai sensi della normativa vigente (art.13 D.Lgs n.196 30.06.2003 e succ. modifiche UE 2016 / 679) ed acconsente al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali.*

Data trasmissione giudizio: 10.10.2024

IL MEDICO COMPETENTE  
Dott.ssa B. Puglisi  
Specialista in Medicina del Lavoro





**DOTT.SSA BEATRICE PUGLISI**  
**MEDICO CHIRURGO**  
**SPECIALISTA IN MEDICINA DEL LAVORO**  
studiomedicopuglisi@gmail.com

Ente/Azienda: **DI BLASI INDUSTRIALE SRL**

Il Lavoratore **MANCUSO GIACOMO EMANUELE**

NATO A MILITELLO VAL DI CATANIA IL 22.03.1989

mansione lavorativa: **ADD. ASSEMBLAGGIO VEICOLI**

in data 10.10.2024 è stato sottoposto, ai sensi del D.Lgs 81/2008 e s.m.i, a visita medica:

---

**PERIODICA**

---

per esposizione a: POLVERI, POSTURE, MICROCLIMA, MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI (<25 KG), VIBRAZIONI MANO BRACCIO (BASSO LIVELLO)

**GIUDIZIO = IDONEO**

---

VALIDITA' : 12 MESI

Si raccomanda, ove previsto, corretto utilizzo dei DPI.


Da sottoporre a nuova visita medica entro OTTOBRE 2025 previa esecuzione dei seguenti accertamenti: -----

Data emissione giudizio: 10.10.2024

*Contro il giudizio è ammesso ricorso entro 30 giorni dalla data di comunicazione (Art. 41 comma 9 D.Lgs. 81/08) all'Organo di Vigilanza territorialmente competente che dispone, dopo eventuali ulteriori accertamenti, la conferma, la modifica o la revoca del giudizio stesso. Il lavoratore è stato informato ai sensi della normativa vigente, circa il significato e l'esito della visita medica. Il lavoratore è stato informato ai sensi della normativa vigente (art.13 D.Lgs n.196 30.06.2003 e succ. modifiche UE 2016 / 679) ed acconsente al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali.*

Data trasmissione giudizio: 10.10.2024

IL MEDICO COMPETENTE  
Dott.ssa B. Puglisi



**DOTT.SSA BEATRICE PUGLISI**  
**MEDICO CHIRURGO**  
**SPECIALISTA IN MEDICINA DEL LAVORO**  
studiomedicopuglisi@gmail.com

Ente/Azienda: **DI BLASI INDUSTRIALE SRL**

Il Lavoratore **MUZZONE LUCIO**

NATO A CATANIA IL 29.93.1962

mansione lavorativa: **ADD. ASSEMBLAGGIO-TORNITURA METALLI**

in data 10.10.2024 è stato sottoposto, ai sensi del D.Lgs 81/2008 e s.m.i, a visita medica:

---

**PERIODICA**

---

per esposizione a: **POLVERI, POSTURE, MICROCLIMA, MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI (<25 KG), VIBRAZIONI MANO BRACCIO (BASSO LIVELLO)**

**GIUDIZIO = IDONEO**

---

**VALIDITA' : 12 MESI**

*Si raccomanda, ove previsto, corretto utilizzo dei DPI.*

Da sottoporre a nuova visita medica entro **OTTOBRE 2025** previa esecuzione dei seguenti accertamenti: -----

Data emissione giudizio: 10.10.2024

*Contro il giudizio è ammesso ricorso entro 30 giorni dalla data di comunicazione (Art. 41 comma 9 D.Lgs. 81/08) all'Organo di Vigilanza territorialmente competente che dispone, dopo eventuali ulteriori accertamenti, la conferma, la modifica o la revoca del giudizio stesso. Il lavoratore è stato informato ai sensi della normativa vigente, circa il significato e l'esito della visita medica. Il lavoratore è stato informato ai sensi della normativa vigente (art.13 D.Lgs n.196 30.06.2003 e succ. modifiche UE 2016 / 679) ed acconsente al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali.*

Data trasmissione giudizio: 10.10.2024

IL MEDICO COMPETENTE  
Dott.ssa B. Puglisi



# *Attestato di partecipazione*

Si attesta che il Sig.

**MANCUSO GIACOMO EMANUELE**

NATO A Militello Val di Catania IL 22-03-1989

ha partecipato nel giorno **10 Ottobre 2024**, per un totale di **4 ore**, con **esito positivo** alla prova pratica finale ai sensi dell' ALL.4 del D.M. 15/07/2003 n°388, alle attività formative del corso di Primo Soccorso - Aggiornamento per lavoratori che intendono svolgere il ruolo di:

**“Addetto al Primo Soccorso Aziendale”**

*per aziende del Gruppo B/C ai sensi dell'art.45 del D.Lgs 81/2008 e del D.M. 15/07/2003 n°388*

**Catania li 10/10/2024**

*Il Docente*  
**Dott.ssa Beatrice Puglisi**  
*Medico Specialista in Medicina del Lavoro*

  
Dott.ssa Beatrice Puglisi  
Medico Chirurgo  
Specialista in Medicina del Lavoro  
Isr. C.C. Med. CT 14249

Si rilascia il presente attestato per gli usi consentiti dalla Legge



# *Attestato di partecipazione*

Si attesta che il Sig.

**ROSA CHIAPPARELLO GIOVANNI**

NATO A Lentini (SR) IL 20-06-1984

ha partecipato nel giorno **10 Ottobre 2024**, per un totale di **4 ore**, con **esito positivo** alla prova pratica finale ai sensi dell' All.4 del D.M. 15/07/2003 n°388, alle attività formative del corso di Primo Soccorso - Aggiornamento per lavoratori che intendono svolgere il ruolo di:

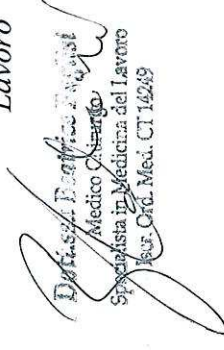
## **“Addetto al Primo Soccorso Aziendale”**

*per aziende del Gruppo B/C ai sensi dell'art.45 del D.Lgs 81/2008 e del D.M. 15/07/2003 n°388*

**Catania li 10/10/2024**

**Il Docente**

**Dott.ssa Beatrice Puglisi**  
*Medico Specialista in Medicina del Lavoro*



Medico Chirurgo  
Specialista in Medicina del Lavoro  
Is. Cir. Med. CT 14249

Si rilascia il presente attestato per gli usi consentiti dalla Legge

# *Attestato di partecipazione*

Si attesta che il Sig.

**ACCAPUTO PAOLO**

NATO A Ragusa IL 27-05-1990

ha partecipato nel giorno **10 Ottobre 2024**, per un totale di **4 ore**, con **esito positivo** alla prova pratica finale ai sensi dell' All.4 del D.M. 15/07/2003 n°388, alle attività formative del corso di Primo Soccorso - Aggiornamento per lavoratori che intendono svolgere il ruolo di:

## **“Addetto al Primo Soccorso Aziendale”**

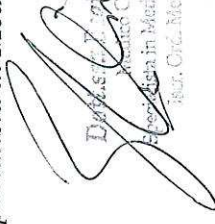
*per aziende del Gruppo B/C ai sensi dell'art.45 del D.Lgs 81/2008 e del D.M. 15/07/2003 n°388*

**Catania li 10/10/2024**

*Il Docente*

**Dott.ssa Beatrice Puglisi**

**Medico Specialista in Medicina del Lavoro**

  
Dott.ssa Beatrice Puglisi  
Medico Chirurgo  
Specialista in Medicina del Lavoro  
Reg. Ord. Med. CT 1229

Si rilascia il presente attestato per gli usi consentiti dalla Legge