



**DOCUMENTI MONTAGNA ESTATE 2022  
TH SAN MARTINO DI CASTROZZA – HOTEL MAJESTIC  
DOLOMITI**

**DA ANTICIPARE VIA MAIL [amm.majestic@th-resorts.com](mailto:amm.majestic@th-resorts.com)  
E CONSEGNARE ALL'ARRIVO IN HOTEL**

- 1. FOTOCOPIA del CODICE FISCALE e/o TESSERA SANITARIA EUROPEA**
- 2. CARTA DI IDENTITA' o documento equipollente**
- 3. AUTOCERTIFICAZIONE DI RESIDENZA**
- 4. COMUNICAZIONE DEL CODICE IBAN**
- 5. INFORMATIVA D.LGS. 81.08 E DICHIARAZIONE BUONA SALUTE 2022**
- 6. AUTOCERTIFICAZIONE DI INGRESSO DEL LAVORATORE (Allegato 5)**

Per i ragazzi minorenni i documenti 5 e 6  
devono essere firmati dai GENITORI

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**(residenza e cittadinanza)**  
**(art. 46 del D.P.R. 445 del 28.12.2000)**

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ prov. o stato estero \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità penali previste dall'art.76 D.P.R. 445/2000 in caso di false dichiarazioni

**D I C H I A R A Q U A N T O S E G U E**

Di essere residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Di essere cittadino \_\_\_\_\_

Indirizzo mail \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti della legge sulla Privacy che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

Si richiama l'attenzione sulle conseguenze previste dalla legge per falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Art. 76 D.P.R. 445/00: "Chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia....Omissis"...

Art. 75 "Qualora dai controlli effettuati dalla Pubblica Amministrazione dovesse emergere la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade immediatamente dai benefici eventualmente prodotti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera".

**COMUNICAZIONE DELLE COORDINATE BANCARIE  
PER ACCREDITO STIPENDIO**

**INTESTATARIO DEL C/C o LIBRETTO DI RISPARMIO:**

**COGNOME:** \_\_\_\_\_

**NOME:** \_\_\_\_\_

**LUOGO E DATA DI NASCITA:** \_\_\_\_\_

**C.F.** \_\_\_\_\_

**DATI BANCARI:**

**BANCA** \_\_\_\_\_

**CITTA'/ FILIALE** \_\_\_\_\_

**INDIRIZZO** \_\_\_\_\_

**COORDINATE BANCARIE** (compilare tutti i campi senza lasciare alcun spazio vuoto) :

| Codice Nazionale<br>(2 lettere) | Check<br>(2 cifre) | CIN (1 lettera<br>) | A.B.I.<br>(5 cifre)                                         | C.A.B.<br>(5 cifre)                                         | N. Conto<br>(12 caratteri)                                                                                                                      |
|---------------------------------|--------------------|---------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div></div>                     | <div></div>        | <div></div>         | <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> | <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> | <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> |

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma intestatario C/C o Libretto**\_\_\_\_\_

**Il Lavoratore:**

**Cognome** \_\_\_\_\_

**Nome** \_\_\_\_\_

**Firma del Lavoratore**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Spett.le  
TH Resorts S.p.A.  
Via Forcellini 150  
35128 Padova

**Oggetto: DICHIARAZIONE DI BUONA SALUTE PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' COME "LAVORATORI OCCASIONALI" IN STRUTTURA ALBERGHIERA (con impegno lavorativo non superiore a 4 settimane)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

- ☐ **in qualità di maggiorenne**  
☐ **esercitante la potestà** sul minore \_\_\_\_\_ ,

con la presente dichiara per sé/per il proprio figlio  
di essere di sana e robusta costituzione fisica ed in ogni caso di godere di buona salute e di essere pienamente idoneo a svolgere le attività previste nell'ambito dell'attività lavorativa alberghiera, con particolare riferimento alle mansioni ordinarie svolte in Hotel (es. cameriere sala, piani, bar, plonge, reception, etc.).

Con la presente dichiara inoltre di essere stato informato dalla Società, come previsto dal D.Lgs. 81/2008, sulle precauzioni e disposizioni che la stessa intende attuare per salvaguardare la sicurezza e la salute dei lavoratori sul luogo di lavoro, come riportato nelle due pagine allegate alla presente.

Il Genitore del minorenne/o il lavoratore maggiorenne

\_\_\_\_\_

### **I RISCHI DI INCENDIO SONO LEGATI PRINCIPALMENTE A:**

- PRESENZA DI SOSTANZE INFIAMMABILI (GAS COMBUSTIBILI IN CUCINA O IN CENTRALE TERMICA, LIQUIDI INFIAMMABILI,...);
- PRESENZA DI SORGENTI DI CALORE COME POSSIBILE INNESCO (NON ULTIMI I MOZZICONI DI SIGARETTE);
- GUASTI ALL'IMPIANTO ELETTRICO;
- GUASTI ALLE MACCHINE;
- AFFOLLAMENTO DI PERSONE.

### **COSA È IMPORTANTE CONOSCERE:**

- L'UBICAZIONE DELLE VIE DI USCITA E DELLE USCITE DI SICUREZZA;
- IL SEGNALE D'ALLARME;
- LA PROCEDURA DA SEGUIRE IN CASO DI EMERGENZA (PIANO DI EVACUAZIONE);
- IL TIPO DI SOSTANZE USATE SUL LAVORO;
- I NOMI DEGLI ADDETTI ALLA SQUADRA DI EMERGENZA.

**ALL'ARRIVO IN STRUTTURE IL DIRETTORE FORNIRÀ TUTTE LE INDICAZIONI  
INERENTI**

### **COMPORTAMENTO DA TENERE:**

- TENERE CHIUSE LE PORTE RESISTENTI AL FUOCO.
- E' VIETATO PORTARE SOSTANZE INFIAMMABILI ALL'INTERNO DELL'HOTEL (ESCLUSI I CASI ESPRESSAMENTE AUTORIZZATI);
- E' VIETATO L'USO DI APPARECCHIATURE CON RESISTENZE ELETTRICHE A VISTA E/O ALIMENTATE DA COMBUSTIBILI;
- IN CASO DI INCENDIO E' VIETATO L'USO DEGLI GLI ASCENSORI;
- E' VIETATO FUMARE IN TUTTI I LOCALI E LE PERTINENZE DELL'ALBERGO;
- E' VIETATO MESCOLARE TRA LORO I PRODOTTI CHIMICI IN USO.

**APPENA NOTI UNA SITUAZIONE DI PERICOLO AVVERTI SUBITO LA PORTINERIA O UN ADDETTO DELLA SQUADRA DI EMERGENZA.**

### **PER LA TUA SALUTE SUL LAVORO RICORDATI DI:**

- USARE SEMPRE I DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE CHE TI SONO CONSEGNATI (GUANTI, MASCHERE, SCARPE...);
- USARE SEMPRE CORRETTAMENTE I MACCHINARI, LE APPARECCHIATURE, GLI UTENSILI E LE SOSTANZE PERICOLOSE;
- NON RIMUOVERE I DISPOSITIVI DI SICUREZZA DI MACCHINE E DI IMPIANTI;
- RISPETTARE LE MISURE DI PREVENZIONE INDICATE DAI CAPISERVIZIO;
- SEGNALARE SUBITO AL TUO DIRETTORE QUALUNQUE SITUAZIONE DI PERICOLO DI CUI TU VENGA A CONOSCENZA.
- RISPETTARE TUTTE LE MISURE DI PREVENZIONE DELLA DIFFUSIONE DEL VIRUS SARS-CoV-2 RIPORTATE NEL PROTOCOLLO AZIENDALE DI CUI AL LINK SEGUENTE  
<https://hotelturist.it/wp-content/uploads/2020/06/Protocollo%20Covid%20TH.pdf>
- E IN PARTICOLARE IL DECALOGO DI REGOLE DI SEGUITO RIPORTATO

## ALLEGATO 5

### DICHIARAZIONE

Il sottoscritto (nome e cognome).....  
C.F. .... in qualità di

☐ Dipendente / Genitore di dipendente minore

☐ Consulente

☐ Visitatore (in tale ultimo caso indicare l'Azienda di appartenenza (.....) e il referente all'interno dell'organizzazione che il Visitatore intende incontrare: (.....))

#### **DICHIARA PER SE'/PER IL PROPRIO FIGLIO/A, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

- **di NON presentare i sintomi** (febbre o infezione respiratoria) **riconcducibili al virus COVID-19** di cui all'articolo 1, comma 1, lettera c), del DPCM dell' 8 marzo 2020;
- **di NON aver avuto contatti negli ultimi 4-5 giorni con soggetti risultati positivi al COVID-19** o che siano stati sottoposti a tampone per la verifica di tale positività;
- **di NON essere sottoposto alla misura della quarantena e di non essere risultato positivo** al virus COVID-19 di cui all'articolo 1, comma 1, lettera c), del DPCM dell' 8 marzo 2020 o sottoposto a tampone per la verifica di tale positività
- **di impegnarsi a rispettare tutte le disposizioni delle Autorità e di TH GESTIONI S.p.A. Datore di lavoro, nel fare accesso nei locali Aziendali** (in particolare, mantenere la distanza di sicurezza, osservare le regole di igiene delle mani e tenere comportamenti corretti sul piano dell'igiene)
- **di impegnarsi ad informare** tempestivamente e responsabilmente il datore di lavoro della presenza di qualsiasi sintomo influenzale **durante l'espletamento della prestazione lavorativa**, avendo cura di rimanere ad adeguata distanza dalle persone presenti e di rispettare le disposizioni in tal caso impartitegli;

Luogo/Data .....

FIRMA (nome e cognome leggibili) .....