



## **DOCUMENTI MONTAGNA ESTATE 2025 TH PILA**

**DA ANTICIPARE VIA MAIL [amm.pila@th-resorts.com](mailto:amm.pila@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**
- 6. DELEGA PER VISITA MEDICA/ACCERTAMENTI A MINORENNE**

Il Modello al punto 5-6 deve essere firmato dai GENITORI per i lavoratori minorenni

**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".<sup>3</sup>

# 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) :

| 3Codice<br>Nazionale | Check     | CIN            | A.B.I.    | C.A.B.    | N. Conto       |
|----------------------|-----------|----------------|-----------|-----------|----------------|
| (2 lettere)          | (2 cifre) | (1<br>lettera) | (5 cifre) | (5 cifre) | (12 caratteri) |
|                      |           |                |           |           |                |

Data \_\_\_\_\_

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

## Il Lavoratore:

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Firma del Lavoratore \_\_\_\_\_

## **INFORMATIVA EX ARTICOLO 36 D.LGS. 81/08**

### **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.

**ALL'ARRIVO IN STRUTTURA IL DIRETTORE FORNIRÀ TUTTE LE INFORMAZIONI INERENTI I RISCHI PRESENTI PER LA MANSIONE A CUI SEI ADIBITO**

### **TIENI PRESENTE CHE:**

#### **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.

#### **COMPORTAMENTO DA TENERE:**

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

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA ALTRESÌ DI AVER PRESO VISIONE DELLA **SCHEDA DI MANSIONE** SPECIFICA PRESENTE AL LINK: [WWW.MONTAGNAESTATE.COM/DOCUMENTI](http://WWW.MONTAGNAESTATE.COM/DOCUMENTI)

Per presa visione:

Il lavoratore minorenne / maggiorenne

Per lavoratore minorenne:

Titolare della responsabilità genitoriale

---

---

## DELEGA PER VISITA MEDICA/ACCERTAMENTI A MINORENNE

Il/La Sottoscritto/A\* \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
città \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) genitore/  
eserccente responsabilità genitoriale del minore \_\_\_\_\_

### DELEGA

Il/Signor/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_),

ad accompagnare il proprio figlio/a durante l'esecuzione della visita medica di idoneità al lavoro.

Data \_\_\_\_\_

Firma Leggibile Del Delegante

\_\_\_\_\_

### **\*Allegare Fotocopia Del Documento Di Identità Valido Del/Della Delegante.**

Il/la sottoscritta/a dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 regolamento generale sulla protezione dei dati-reg ue 2016 / 679, di essere stato/a informato/a che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e Data:

Il/la dichiarante (firma per esteso e leggibile)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_