DOCUMENTI MONTAGNA ESTATE 2025
VILLAGGIO PRAGELATO

DA ANTICIPARE VIA MAIL amm.pragelato@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. **MODULISTICA VISITA MEDICA PER IDONEITA' AL LAVORO con DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**
6. **DELEGA PER VISITA MEDICA/ACCERTAMENTI A MINORENNI**
7. **INFORMATIVA D.LGS. 81.08**

I Modelli al punto 5-6-7 devono essere firmati dai GENITORI

Per ulteriori informazioni e/o chiarimenti sulla procedura relativa alla visita medica è possibile contattare la sede di Padova al numero 0498033750.

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”.3

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 Nazionale		Check		CIN	A.B.I.					C.A.B.					N. Conto											
(2 lettere)		(2 cifre)		(1 lettera)	(5 cifre)					(5 cifre)					(12 caratteri)											

Data _____

Firma intestatario C/C o Libretto_____

Il Lavoratore:

Cognome _____

Nome _____

Firma del Lavoratore _____

RICHIESTA VISITA MEDICA PREASSUNTIVA

Ricordiamo che secondo la disciplina vigente per i lavoratori minorenni è obbligatoria la visita preassuntiva. L'inizio della collaborazione con TH è subordinato alla presentazione di idonea certificazione medica o di autocertificazione di mancato svolgimento per rifiuto da parte del Medico. In questo secondo caso, l'autocertificazione dovrà recare la sottoscrizione dei genitori o altri esercenti la rappresentanza legale.

DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO PER LA VISITA MEDICA AI MINORI

(occupati in attività consentite e non soggette a sorveglianza sanitaria obbligatoria di cui all'art. 41 D.Lgs 81/2008)

Il sottoscritto PIAZZA SALVATORE

Legale Rappresentante della Ditta TH RESORTS SPA

con sede a PADOVA in Via FORCELLINI 150

mail amm.personale@th-resorts.com tel.049 8033750

richiede la visita medica di idoneità al lavoro

per il minore _____

nato a_____il _____

residente a_____in Via _____

che non è più soggetto all'obbligo scolastico.

A TAL FINE DICHIARA:

1) si tratta di**:** ☐ prima visita ☐ visita periodica

2) mansione per cui si chiede l'idoneità **GENERICO SALA**

3) descrizione dei compiti lavorativi

- PREPARAZIONE E RIASSETTO DELLA SALA
- ALLESTIMENTO E SERVIZIO BUFFET
- ACCOGLIENZA DEL CLIENTE
- SERVIZIO AL TAVOLO

4) descrizione delle attrezzature ed utensili impiegati

- POSATERIA DI SALA
- STOVIGLIE DI SALA
- SCOPA E PALETTA; ASPIRAPOLVERE

- PICCOLA ATTREZZATURA quale: tostapane, distributori bevande, distributori cereali

5) l'attività **non** rientra tra quelle soggette ad obbligo di sorveglianza sanitaria da parte di medico competente

6) la mansione **non** comporta livello di esposizione personale a rumore superiore a 80 decibel A

7) durante il lavoro **non** vi è esposizione a sostanze chimiche di prodotti

- Tossici acuti, tossici a lungo termine
- Corrosivi

- Esplosivi

- Infiammabili

- Nocivi, irritanti con frasi di rischio H 370, H 334, H 317, H 373, H 360, H 361

8) durante il lavoro **non** vi è esposizione a
- sostanze cancerogene
- piombo e composti o amianto
- polveri di legno

9) la mansione **non** prevede trasporto di pesi per più di 4 ore al giorno

10) l'attività **non** è svolta in orario notturno

11) eseguita la valutazione dei rischi ai sensi dell'art.8 del D.Lgs.345/99, il lavoro a cui sarà adibitoil minore **non** risulta compreso tra quelli dell'Allegato I del D.Lgs 345/99

12) il minore riceverà un'adeguata informazione e formazione come previsto dagli artt. 36 e 37 del D. Lgs. 81/2008; ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. 345/99 le informazioni sui fattori di rischio e lemisure di prevenzione e protezione saranno fornite anche ai titolari della potestà genitoriale.

Data _____

Timbro della Ditta e
Firma del Legale Rappresentante

TH RESORTS SpA
CON SOCIO UNICO
Via Forcellini, 150 - 35128 PADOVA
Cod Fisc. e P.IVA 04059490286
Cod SDI A47Ø7H7

Per conoscenza
Firma dei titolari della responsabilità genitoriale

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la/i Sottoscritto/a/i _____ c.f._____ nato a _____ (_____) il____/____/_____, residente a _____ (_____) in _____ n° _____, esercente la responsabilità genitoriale sul minore _____c.f._____ nato a _____ (_____) il____/____/_____, il quale ha presentato domanda di lavoro per la mansione di "GENERICO SALA",

DICHIARA, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

- che in data _____, il sottoscritto/la sottoscritta/i sottoscritti ha/hanno richiesto al medico di base (oppure: medico ULSS) del suddetto minore che lo stesso venisse sottoposto a visita medica preassuntiva, al fine di accertare l'idoneità del medesimo allo svolgimento delle mansioni di cui sopra;
- che tuttavia il suddetto minore non ha eseguito la visita medica preassuntiva di cui sopra, stante il rifiuto manifestato da parte del predetto medico ad eseguire la visita richiesta.

Luogo,_____

_____

_____

Firma del/i dichiarante/i
(per esteso e leggibile)

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

DELEGA PER VISITA MEDICA/ACCERTAMENTI A MINORENNE

Il/La Sottoscritto/A* _____

nato/a _____ il _____

residente in via_____ CAP _____

città _____ Prov. (____) genitore/

esercente 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

_____

<u>*Allegare Fotocopia Del Documento Di Identità Valido Del/Della Delegante.</u>

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)

_____ _____

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 AUTORIZATI);
- 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*

Per presa visione:

Il lavoratore minorenne / maggiorenne

Per lavoratore minorenne:

Titolare della responsabilità genitoriale

_____ _____