



DOCUMENTI MONTAGNA ESTATE 2026 TH CORVARA | HOTEL GREIF

**DA ANTICIPARE VIA MAIL amm.greif@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. DELEGA PER VISITA MEDICA/ACCERTAMENTI A MINORENNI**
- 6. INFORMATIVA D.LGS. 81.08**
- 7. ATTESTATO DEL CORSO HACCP per mansioni di SALA, BAR E CUCINA**
Link piattaforma Cediform: <https://www.librettisanitari.it/>

I Modelli al punto 5-6 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 _____

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 _____

Delegante

Firma Leggibile Del

***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:
leggibile)

Il/la dichiarante (firma per esteso e

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

Per presa visione:

Il lavoratore minorenne / maggiorenne

Per lavoratore minorenne:

Titolare della responsabilità genitoriale
