

CONSULENTI DEL LAVORO:

Rag. Gioacchino De Marco  
Dott. Riccardo Canu  
Dott. Elena Zanon  
P.az Roberta Gregoris

Via Zanon 16/6  
33100 Udine  
tel.0432502540  
fax.0432504902  
info@studiodemarco.it  
<http://www.studiodemarco.it>

Udine, 24 luglio 2014

**Oggetto: Ferie agosto: orario Studio, scadenza versamenti con F24, denunce di assunzione ed infortunio – Bonus Renzi compensazione anche con debiti iscritti a ruolo.**

Circolare numero: 022/2014

---

### **Riduzione dell'orario dello Studio nel periodo feriale di agosto**

Questo Ufficio chiuderà per ferie tutti i pomeriggi dal 11 agosto al 31 agosto 2014 compresi. Resta la possibilità di accedere e di comunicare con l'Ufficio tutte le mattine, dalle ore 9,00 alle ore 12,00, per le pratiche urgenti (assunzioni, cessazioni, infortuni ecc) e per ogni altro adempimento non procrastinabile.

In tale periodo per eventuali urgenze può essere inviata una e-mail utilizzando preferibilmente, in alternativa ad altri indirizzi normalmente utilizzati, il seguente indirizzo:  
assunzioni@studiodemarco.it

In occasione del periodo feriale, si ritiene necessario rammentare quanto segue:

### **Modello F24 in scadenza ad agosto**

Come ormai avviene da alcuni anni anche per il 2014 il versamento del mod. F24 per il pagamento di imposte, tributi e contributi (anche se rateizzati) in scadenza sino al 20 agosto è stato prorogato al 20 agosto 2014 senza alcun costo aggiuntivo .

Si ricorda che la proroga riguarda esclusivamente i versamenti da effettuare utilizzando il mod. F24; sono esclusi pertanto i versamenti che prevedono l'utilizzo del mod. F23 (imposta di registro, catastale, bollo, sanzioni pecuniarie ecc).

### **Proroga versamento Fondo Est, Cadiprof, EBP, Ebna e altri Enti**

Si ritiene che, non essendo preclusa la loro compensazione con altri crediti, anche il versamento dei contributi dovuti al Fondo Est, Cadiprof, EBP, Ebna ....e tutti quelli che comunque si versano con mod. F24 possa essere spostato al 20 agosto.

### **Denuncia di nuova assunzione e Denuncia di infortunio**

Ricordiamo che le assunzioni devono obbligatoriamente essere comunicate ai centri per l'impiego entro il giorno precedente a quello di assunzione e che i certificati di infortunio, unitamente alla denuncia, devono essere inviati entro 48 ore dal ricevimento alla competente Sede Inail e all'Autorità di pubblica sicurezza.

### **Assunzioni**

Nel caso fosse necessario procedere ad un'assunzione nel periodo dal 11 al 31 e l'azienda non riuscisse a comunicare per tempo con lo Studio occorre compilare il modello UniUrg ed inviarlo al Ministero del lavoro al numero di Fax Server 848 800 131 almeno il giorno antecedente alla data di inizio del rapporto di lavoro.

Il modello (allegato alla presente) è reperibile collegandosi al sito internet dello studio [www.studiodemarco.it](http://www.studiodemarco.it) (oppure [www.lavoro.gov.it](http://www.lavoro.gov.it)) e deve essere compilato indicando nel campo "motivo urgenza" la "chiusura per ferie dello Studio di Consulenza delegato".

#### Infortuni

Nell'eventualità che nel periodo suddetto pervengano certificati medici di inizio infortunio sul lavoro o di inizio malattia professionale e l'azienda non riuscisse a comunicare per tempo con lo Studio, è necessario che l'evento venga denunciato sia alla Sede Inail competente per territorio, sia all'Autorità di pubblica sicurezza (sindaco del Comune ove è avvenuto l'infortunio, ovvero alla Questura se presente nel territorio comunale).

Il modello di denuncia (allegato alla presente) è reperibile collegandosi al sito internet dello studio [www.studiodemarco.it](http://www.studiodemarco.it), può essere compilato nelle sole parti evidenziate e deve essere timbrato e firmato. Al modello va allegato anche il certificato medico. Il modello va inviato via pec a: [udine@postacert.inail.it](mailto:udine@postacert.inail.it). Per coloro che non disponessero della pec si consiglia di utilizzare il fax: 0432/240240, oppure la raccomandata RR: Inail, Sede di Udine, Piazza Duomo 7, 33100 Udine.

Nell'ipotesi di utilizzo delle procedure di urgenza sopra descritte (sia per assunzioni sia per denunce di infortunio) raccomandiamo alle aziende interessate di informarci quanto prima circa le comunicazioni inviate comunque entro e non oltre la mattinata di lunedì 1° settembre.

#### **Compensazione Credito di imposta (c.d. Bonus Renzi) anche con debiti iscritti a ruolo**

Nella nostra Circolare 20/2014 avevamo dato notizia del fatto che "a norme vigenti" ed in assenza di indicazioni diverse, non era possibile la compensazione mediante F24 per il bonus degli 80 euro, in presenza di debiti iscritti a ruolo di importo superiore ai 1.500 euro.

Recentemente l'Agenzia delle Entrate con Circolare 22/2014 ha assunto una posizione ufficiale interpretando il D.L. 66/2014, istitutivo del credito di cui trattasi, nel senso che "*per le caratteristiche del credito*" il divieto di compensazione in presenza di debiti iscritti a ruolo di importo superiore a 1.500 euro non opera.

Per quanto sopra a differenza di quanto comunicato nella nostra Circolare 20/2014 è sempre possibile recuperare il c.d. Bonus Renzi anche in presenza di debiti iscritti a ruolo.

L'occasione è gradita per augurare a tutti buone ferie.



## DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

(art. 53, d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 - art. 18, comma 1, lettera r, d.lgs. 09/04/2008 n. 81)

INAIL	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; margin: 0 auto; text-align: center;">TIMBRO DI ARRIVO</div>	Allo Sede INAIL <b>UDINE - AREA INFORTUNI</b> PEC: <b>udine@postacent.inail.it</b> Fax: <b>0432 240240</b>
	Data di spedizione (GG/MM/AAAA) / /	<b>N.B. CON RISERVA DI COMUNICARE SUCCESSIVAMENTE I DATI MANCANTI A COMPLETAMENTO DELLA DENUNCIA</b>
AUTORITA' D.I.P. S.	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 80px; margin: 0 auto; text-align: center;">Timbro dell'Ufficio</div>	RICEVUTA DI AVVENUTA PRESENTAZIONE DELLA DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO ( Da compilare a cura dell'ufficio ricevente dell'Autorità di Pubblica Sicurezza )
	Si dichiara che il datore di lavoro _____ ha presentato all'Autorità di Pubblica Sicurezza _____ del Comune _____ Prov. _____ la Denuncia/Comunicazione di infortunio contraddistinta dal numero: _____ Luogo _____ Data (GG/MM/AAAA) _____ Firma _____	
SEZIONE LAVORATORE	Cognome _____ Nome _____	
	Codice Fiscale _____ Stato di nascita _____ Cittadinanza _____ Sesso _____ Stato civile (1) _____	
	Comune di nascita _____ Prov. _____ Data di nascita (GG/MM/AAAA) _____ Data decesso (GG/MM/AAAA) _____	
	Indirizzo di RESIDENZA (via, piazza ecc... e numero civico) _____	
	Nazione _____ Comune _____ Prov. _____ CAP _____ ISTAT _____ ASL _____	
	Indirizzo di DOMICILIO (via, piazza ecc... e numero civico) (compilare solo se diverso da quello di residenza) _____	
	Nazione _____ Comune _____ Prov. _____ CAP _____ ISTAT _____ ASL _____	
	Da compilare solo in caso di consenso del lavoratore a comunicare i propri dati personali all'INAIL, con le modalità e per le finalità strettamente connesse alla gestione della pratica di infortunio; l'indicazione di almeno un numero di telefono potrà consentirne una più tempestiva istruttoria.	
	Prefisso internazionale _____ Telefono abitazione _____ Prefisso internazionale _____ Telefono Cellulare _____	
	Indirizzo E-MAIL _____ Indirizzo PEC _____	
Studente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Parente del datore di lavoro <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Persone a carico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Tutela INPS in caso di malattia comune <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Tipologia di lavoratore (2) _____		
Tipologia di contratto (3) _____ Data assunzione (GG/MM/AAAA) _____ Data fine rapporto di lavoro (GG/MM/AAAA) _____		
CCNL - Settore lavorativo CNEL (4) _____ CCNL - Categoria CNEL (5) _____		
Qualifica assicurativa (6) _____		
Voce Professionale ISTAT (7) _____		

<input type="checkbox"/> <b>INDUSTRIA, ARTIGIANATO, SERVIZI E PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI TITOLARI DI POSIZIONE ASSICURATIVA TERRITORIALE</b>					
Codice Fiscale		Cognome e nome o ragione sociale			
Codice Ditta	Posizione Assicurativa Territoriale	Settore attività (6)			
Tipo polizza (9)	Voce di tariffa (10)				
<input type="checkbox"/> <b>PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI IN SPECIALE GESTIONE PER CONTO DELLO STATO</b>					
Codice Fiscale Amministrazione Statale		Amministrazione Statale			
Codice Fiscale Struttura	Struttura in cui opera abitualmente il lavoratore			Codice INAIL	
<input type="checkbox"/> <b>AGRICOLTURA</b>					
Codice Fiscale		Cognome e nome o ragione sociale			
Matricola INPS/Codice CIDA					
<input type="checkbox"/> <b>SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI</b>					
Cognome		Nome			
Codice Fiscale	Codice INPS				
<input type="checkbox"/> <b>LAVORO OCCASIONALE DI TIPO ACCESSORIO (DATORI DI LAVORO PERSONE FISICHE NON APPARTENENTI ALLE CATEGORIE PRECEDENTI)</b>					
Cognome		Nome			
Codice Fiscale					
<b>INDIRIZZO del DATORE DI LAVORO (via, piazza ecc... e numero civico)</b>					
Nazione	Comune	Prov.	CAP	ISTAT	ASL
Prefisso internazionale	Telefono	Indirizzo E-MAIL		Indirizzo PEC	
<b>UNITA' PRODUTTIVA in cui opera abitualmente il lavoratore</b>					
					Numero Registro Infortuni Aziendale
<b>INDIRIZZO dell'UNITA' PRODUTTIVA o della STRUTTURA in cui opera abitualmente il lavoratore (via, piazza ecc... e numero civico)</b>					
Nazione	Comune	Prov.	CAP	ISTAT	ASL
Prefisso internazionale	Telefono	Indirizzo E-MAIL		Indirizzo PEC	
<b>Indirizzo per l'invio della CORRISPONDENZA [provvedimenti, atti istruttori, eventuali assegni relativi alla pratica di infortunio] (via, piazza ecc... e numero civico)</b>					
Nazione	Comune	Prov.	CAP	ISTAT	
Indirizzo E-MAIL		Indirizzo PEC			
Reparto, ufficio o cantiere in cui opera abitualmente il lavoratore		Lavorazione svolta dall'azienda/amministrazione (per le aziende agricole v. nota 11)			
<b>LA SOMMA DOVUTA PER L'INDENNITA' DI INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA SARA' EROGATA DIRETTAMENTE AL LAVORATORE</b>					
<b>SE IL DATORE DI LAVORO HA OTTENUTO DA PARTE DELL'INAIL L'AUTORIZZAZIONE AD ANTICIPARE LE INDENNITA' DI INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA AI SENSI DELL'ART. 70 D.P.R. 1124/65, IL RIMBORSO POTRA' AVVENIRE CON:</b>					
<input type="checkbox"/> assegno circolare (valida solo per importi non superiori a mille euro ai sensi dell'art. 12 comma 2, legge n. 214/2011. L'assegno sarà inoltrato all'indirizzo per l'invio della corrispondenza)					
<input type="checkbox"/> accredito su c/c bancario o postale o altro strumento elettronico di pagamento dotato di codice IBAN					Codice IBAN

TIMBRO E FIRMA