

CONSULENTI DEL LAVORO:
Rag. Giocchino 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 2015

**Oggetto: Ferie agosto: orario Studio, scadenza versamenti con F24,
denunce di assunzione ed infortunio**

Circolare numero: 025/2015

Riduzione dell'orario dello Studio nel periodo feriale di agosto

Questo Ufficio chiuderà per ferie venerdì 14 agosto e tutti i pomeriggi dal 13 agosto al 28 agosto 2015 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 2015 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 2015 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 13 al 28 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.

Studio De Marco - Canu - Zanon - Gregoris
Consulenti del Lavoro in Udine

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

Infortunati

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, 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. Per coloro che non disponessero della pec si consiglia di utilizzare il fax: 0432/240240.

Nell'ipotesi di utilizzo delle procedure di urgenza sopra descritte (sia per assunzioni sia per denunce di infortunio) si raccomanda di informare quanto prima lo Studio circa le comunicazioni inviate.

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



Comunicazione Obbligatoria Unificato URG

Sezione 1 - Datore di lavoro

codice fiscale datore di lavoro *

denominazione datore di lavoro *

Sezione 2 - Lavoratore

codice fiscale *

cognome *

nome *

Sezione 3 - Rapporto di lavoro

data inizio *

Sezione 4 - Dati Invio

data invio (marca temporale) (1)

protocollo sistema (1)

motivo dell' urgenza *

Chiusura per ferie dello Studio di Consulenza delegato

soggetto che effettua la comunicazione
se diverso dal datore di lavoro (*)

codice fiscale del soggetto che effettua la comunicazione se diverso dal datore di lavoro (*)

e-mail del soggetto che effettua la comunicazione (1)

tipo comunicazione (*)

Comunicazione Obbligatoria

codice comunicazione (1)

*** Campo da compilare obbligatoriamente

(*) Campo da compilare in modalità alternativa o se ricorre la condizione

(1) Non compilare, spazi utilizzati dalla procedura Informatica



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

TIMBRO DI ARRIVO

Data di spedizione (GG/MM/AAAA)

Alla Sede INAIL

UDINE - AREA INFORTUNI

PEC: udine@postacent.inail.it

Fax: 0432 240240

**N.B. CON RISERVA DI COMUNICARE SUCCESSIVAMENTE I DATI
MANCANTI A COMPLETAMENTO DELLA DENUNCIA**

RICEVUTA DI AVVENUTA PRESENTAZIONE DELLA DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

(Da compilare a cura dell'ufficio ricevente dell'Autorità di Pubblica Sicurezza)

AUTORITA' DI P. S.

Timbro dell'Ufficio

Si dichiara che il datore di lavoro

ha presentato all'Autorità di Pubblica Sicurezza

del Comune

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 Parente del datore di lavoro Persone a carico Tutela INPS in caso di malattia comune

SI NO SI NO SI NO SI 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)

INDUSTRIA, ARTIGIANATO, SERVIZI E PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI TITOLARI DI POSIZIONE ASSICURATIVA TERRITORIALE

 Codice Fiscale Cognome e nome o ragione sociale

 Codice Ditta Posizione Assicurativa Territoriale Settore attività (6)

 Tipo polizza (9) Voce di tariffa (10)
 PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI IN SPECIALE GESTIONE PER CONTO DELLO STATO

 Codice Fiscale Amministrazione Statale Amministrazione Statale

 Codice Fiscale Struttura Struttura in cui opera abitualmente il lavoratore Codice INAIL
 AGRICOLTURA

 Codice Fiscale Cognome e nome o ragione sociale

 Matricola INPS/Codice CIDA
 SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI

 Cognome Nome

 Codice Fiscale Codice INPS
 LAVORO OCCASIONALE DI TIPO ACCESSORIO (DATORI DI LAVORO PERSONE FISICHE NON APPARTENENTI ALLE CATEGORIE PRECEDENTI)

 Cognome Nome

 Codice Fiscale
INDIRIZZO del DATORE DI LAVORO (via, piazza ecc... e numero civico)

 Nazione Comune Prov. CAP ISTAT ASL

 Prefisso internazionale Telefono Indirizzo E-MAIL Indirizzo PEC
UNITA' PRODUTTIVA in cui opera abitualmente il lavoratore

 Numero Registro Infortuni Aziendale
INDIRIZZO dell'UNITA' PRODUTTIVA o della STRUTTURA in cui opera abitualmente il lavoratore (via, piazza ecc... e numero civico)

 Nazione Comune Prov. CAP ISTAT ASL

 Prefisso internazionale Telefono Indirizzo E-MAIL Indirizzo PEC
Indirizzo per l'invio della CORRISPONDENZA [provvedimenti, atti istruttori, eventuali assegni relativi alla pratica di infortunio] (via, piazza ecc... e numero civico)

 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)
LA SOMMA DOVUTA PER L'INDENNITA' DI INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA SARA' EROGATA DIRETTAMENTE AL LAVORATORE
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:
 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)

 accreditato su c/c bancario o postale o altro strumento elettronico di pagamento dotato di codice IBAN

 Codice IBAN
TIMBRO E FIRMA