



Udine, 18 marzo 2016

Oggetto: Chiusura dello Studio per ferie in data 25 marzo.

Circolare numero 011/2016

Avvisiamo tutte le aziende clienti che lo Studio rimarrà **chiuso per ferie in data 25 marzo**.

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 inizio dell'attività lavorativa.

Ricordiamo altresì che i certificati medici di infortunio con prognosi superiore a tre giorni, escluso quello dell'evento, unitamente alla denuncia, devono essere inviati entro 48 ore dal ricevimento alla competente Sede Inail e all'Autorità di pubblica sicurezza.

Precisiamo che con decorrenza dal 22 marzo la denuncia all'Autorità di pubblica sicurezza andrà effettuata solo per infortuni mortali o per quelli con prognosi superiore ai 30 giorni (facciamo riserva di tornare a breve sull'argomento).

Nuove assunzioni

Nel caso fosse necessario procedere ad un'assunzione nel periodo dal 25 al 28 marzo 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 (oppure www.lavoro.gov.it) e deve essere compilato indicando nel campo "motivo urgenza" la "chiusura per ferie dello Studio di Consulenza delegato".

Infortuni sul lavoro

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 prega di informare quanto prima lo Studio.

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 *

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 (*)

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@postacert.inail.it*

Fax: 0432 240240

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

AUTORITA' D.P.S.

RICEVUTA DI AVVENUTA PRESENTAZIONE DELLA DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

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

Timbro dell'Ufficio

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

/ /

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

SI NO

Parente del datore di lavoro

SI NO

Persone a carico

SI NO

Tutela INPS in caso di malattia comune

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)

SEZIONE LAVORATORE

INDUSTRIA, ARTIGIANATO, SERVIZI E PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI TITOLARI DI POSIZIONE ASSICURATIVA TERRITORIALECodice Fiscale Cognome e nome o ragione sociale Codice Ditta Posizione Assicurativa Territoriale Settore attività (8) 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)

 accredito su c/c bancario o postale o altro strumento elettronico di pagamento dotato di codice IBANCodice IBAN **TIMBRO E FIRMA**