



CONFCOMMERCIO
IMPRESE PER L'ITALIA

GORIZIA

COMUNICAZIONE DI CHIUSURA PER FERIE DEL SERVIZIO PAGHE

Con la presente, si comunica che il **Servizio Paghe** dell'Ascom Servizi Gorizia **sarà chiuso al pubblico da mercoledì 14/08/2019 a venerdì 23/08/2019 compreso, e riaprirà lunedì 26/08/2019.** In caso di infortunio sul lavoro, si forniscono le istruzioni necessarie per svolgere i relativi adempimenti.

ISTRUZIONI OPERATIVE IN CASO DI INFORTUNIO SUL LAVORO

Dal 1° luglio 2013 le denunce all'Inail di infortunio e malattia professionale possono essere trasmesse **esclusivamente** in via telematica, utilizzando l'applicativo disponibile sul portale internet dell'Istituto, accessibile solo attraverso specifiche credenziali di accesso. Di norma, tale adempimento viene svolto dallo Scrivente Servizio Paghe in nome e per conto delle Aziende assistite.

Tuttavia, **in considerazione del periodo feriale del mese di agosto, in caso di infortunio è possibile inoltrare le relative denunce anche via PEC o raccomandata a.r., entro due giorni dalla ricezione del certificato di infortunio** (salvo in caso di morte o di pericolo di morte, v. *infra*), utilizzando il modello allegato alla presente. Anche se, a differenza dello scorso anno, ad oggi l'Istituto non si è ancora espresso formalmente sulla possibilità di inviare le denunce di infortunio con tali modalità, limitatamente al periodo feriale di questo mese, si ritiene che l'invio nei termini anche con modalità non telematiche, ma che possano dimostrare la data certa (PEC, raccomandata a.r.), assolva comunque gli obblighi di legge.

Premesso quanto sopra, **durante il periodo di chiusura del Servizio Paghe, si invitano le Aziende, il cui dipendente abbia subito un infortunio sul lavoro ovvero in itinere, a prendere comunque e urgentemente contatto con la sede Inail territorialmente competente per ricevere assistenza nello svolgimento degli adempimenti previsti.** A tal fine, si seguita il link del sito dell'Istituto in cui sono elencate tutte le sedi territoriali della regione, i numeri di telefono e gli orari di sportello: <https://www.inail.it/cs/internet/istituto/struttura-organizzativa/uffici-territoriali/friuli-venezia-giulia.html>

ASCOM SERVIZI GORIZIA CENTRO DI ASSISTENZA FISCALE - C.A.F. SRL

Via Locchi, 14/1 34170 Gorizia
C.F. e P.I. 00440330314 ISCRIZIONE REG. IMPRESE GO 00440330314
Cap. Soc. € 170.650 I.V. R.E.A. 52321

T. 0481 532 499
www.ASCOMGORIZIA.it



CONFCOMMERCIO
IMPRESE PER L'ITALIA

GORIZIA

Si ricorda che **non sussiste più l'obbligo per il datore di lavoro di inviare le denunce di infortunio sul lavoro anche all'Autorità di Pubblica Sicurezza. Tale adempimento si intende assolto con l'invio all'Inail, da parte del datore di lavoro, della denuncia di infortunio con modalità telematica.** E' stato abrogato anche l'obbligo, a carico del datore di lavoro, di inviare all'Istituto il certificato medico di infortunio, in quanto viene già trasmesso per via telematica direttamente dal medico o per il tramite della struttura sanitaria competente al rilascio.

Rimane in ogni caso fermo **l'obbligo di denunciare all'Inail gli infortuni sul lavoro**, da cui sono stati colpiti i propri **dipendenti (anche apprendisti), i prestatori di lavoro accessorio, ora prestatori di lavoro occasionali ex art. 54 bis D.L. n. 50/2017 (che ha sostituito il lavoro "a voucher"), i soci di società di qualunque tipo che prestano in azienda attività lavorativa, gli amministratori soggetti a tutela antinfortunistica, gli artigiani, i collaboratori familiari, collaboratori coordinati e continuativi, i tirocinanti/stagisti, ecc..**

In sintesi, il datore di lavoro, direttamente o tramite intermediario autorizzato, deve:

- **in caso di infortunio sul lavoro con prognosi fino a tre giorni (da intendersi come giorni di calendario), giorno dell'evento escluso, effettuare la comunicazione ai fini statistici e informativi, contenente i dati e le informazioni relative all'evento occorso, entro 48 ore dalla ricezione del certificato medico** ai sensi dell'art. 18, comma 1, lettera r), del D.Lgs. n. 81/2008 (Testo Unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro). Attraverso l'assolvimento di tale obbligo di comunicazione, l'Istituto è in grado di monitorare tutti gli eventi di infortunio sul lavoro, indipendentemente dalla loro durata, funzione che in passato veniva svolta dal registro infortuni ora abrogato (si ricorda l'obbligo di conservare il suddetto registro sul luogo del lavoro per almeno quattro anni dall'ultima registrazione o, se non utilizzato, dalla sua data di vidimazione, ai sensi dell'art. 2, Decreto Ministeriale 12/09/1958). Rispetto agli eventi che comportino un'assenza dal lavoro superiore a tre giorni, escluso quello dell'evento, l'obbligo di comunicazione si considera comunque assolto per mezzo della denuncia di infortunio ai fini assicurativi (*v. infra*);
- **in caso di infortunio sul lavoro con prognosi superiore a tre giorni (da intendersi come giorni di calendario), giorno dell'evento escluso, effettuare la denuncia ai fini assicurativi dell'evento occorso entro due giorni dalla ricezione del certificato medico cartaceo (o del numero identificativo del certificato telematico).** Il lavoratore infortunato deve fornire al datore di lavoro il numero identificativo del certificato, la data di rilascio e i giorni di prognosi indicati nello stesso. **Qualora non disponga del numero identificativo del certificato, deve continuare a fornire al datore di lavoro il certificato medico in forma cartacea.** Si ricorda che

ASCOM SERVIZI GORIZIA CENTRO DI ASSISTENZA FISCALE - C.A.F. SRL

Via Locchi, 14/1 34170 Gorizia
C.F. e P.I. 00440330314 ISCRIZIONE REG. IMPRESE GO 00440330314
Cap. Soc. € 170.650 I.V. R.E.A. 52321

T. 0481 532 499
www.ASCOMGORIZIA.it



il termine di due giorni, entro cui presentare la denuncia di infortunio, decorre dalla **data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato medico del lavoratore (o il documento cartaceo)** e non dal momento in cui questo viene rilasciato dal medico. **Nell'ipotesi di morte del lavoratore o di probabile esito mortale, la denuncia deve essere sempre effettuata entro 24 ore dall'accadimento.** E' opportuno sottolineare che con l'adempimento della denuncia di infortunio viene assolto anche l'obbligo di comunicazione ai fini statistici e informativi sopra illustrato.

Si evidenzia che **la denuncia di infortunio sul lavoro (o anche in itinere) deve essere fatta indipendentemente da ogni valutazione circa la ricorrenza degli estremi di legge per l'indennizzabilità dello stesso. Tali valutazioni sono di pertinenza esclusiva dell'Istituto.**

Prima di contattare la sede Inail territorialmente competente (in base al domicilio del lavoratore) per lo svolgimento dei necessari obblighi di denuncia, **è opportuno acquisire il codice fiscale e i dati anagrafici e contrattuali del lavoratore infortunato** (dipendente/socio lavoratore/co.co.co/amministratore/artigiano/collaboratore familiare/lavoratore occasionale, ecc; se dipendente, tempo determinato/indeterminato/apprendista, tempo pieno/part-time, ecc.; tali dati sono acquisibili dal contratto di assunzione o dai successivi accordi tra le parti e dall'ultimo prospetto paga), **nonché tutte le informazioni attinenti alle modalità e alle circostanze in cui l'evento si è verificato.** Con riferimento ai dati retributivi dell'infortunato, questi potranno essere comunicati successivamente, dopo la riapertura del Servizio Paghe. In caso di **incidente stradale**, si suggerisce di acquisire copia della constatazione amichevole o del verbale dell'autorità intervenuta.

Sanzioni:

in caso di omessa denuncia di infortunio all'Inail entro i termini previsti, il datore di lavoro è soggetto al pagamento di una sanzione amministrativa da € 1.290,00 a € 7.745,00 (in caso di diffida è ridotta a € 1.290,00).

Alla riapertura del Servizio Paghe, qualora fosse accaduto l'infortunio, si evidenzia la necessità di far pervenire urgentemente alla Scrivente le relative pratiche per il loro completamento o integrazioni.

Gorizia, 09 Agosto 2019

ASCOM SERVIZI GORIZIA C.A.F. SRL
Il Responsabile del Servizio Paghe
C.d.L. Davide Buco

ASCOM SERVIZI GORIZIA CENTRO DI ASSISTENZA FISCALE - C.A.F. SRL

DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

(art. 53, d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 e s.m.i. - art. 18, co. 1, lett. r, d.lgs. 09/04/2008 n. 81)

Alla sede Inail _____

RICEVUTA DI AVVENUTA PRESENTAZIONE DELLA DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

(Da compilare a cura dell'ufficio ricevente dell'Autorità di pubblica sicurezza)

AUTORITÀ DI P.S.

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 di decesso (GG/MM/AAAA) _____		
Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico) _____					
Nazione _____	Comune _____	Prov. _____	Cap _____	Istat _____	Asl _____
Indirizzo di domicilio (via, piazza, ... numero civico) (compilare solo se diverso da quello di residenza) _____					
Nazione _____	Comune _____	Prov. _____	Cap _____	Istat _____	Asl _____

SEZIONE LAVORATORE

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 Email _____		Indirizzo Pec _____	
Studente (2) <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 (3) _____		Tipologia di contratto (4) _____	
<input type="checkbox"/> Orizzontale Percentuale di part-time _____, _____ %		Articolazione dell'orario di lavoro prevista per il giorno dell'evento Dalle ore _____ : _____ Alle ore _____ : _____ Dalle ore _____ : _____ Alle ore _____ : _____	
Tipologia di part-time: <input type="checkbox"/> Verticale		<input type="checkbox"/> Misto	
Data assunzione (GG/MM/AAAA) _____	Data fine rapporto di lavoro (GG/MM/AAAA) _____		
CCNL - Settore lavorativo CNEL (5) _____	CCNL - Categoria CNEL (6) _____		
Qualifica assicurativa (7) _____			
Voce professionale Istat (8) _____			

*Solo privati cittadini datori di lavoro domestico e di lavoro accessorio

<input type="checkbox"/> INDUSTRIA, ARTIGIANATO, SERVIZI E PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI TITOLARI DI POSIZIONE ASSICURATIVA TERRITORIALE					
Codice fiscale		Cognome e nome o ragione sociale			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Codice ditta		Posizione assicurativa territoriale		Settore attività (9)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Tipo polizza (10)			Voce di tariffa (11)		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI IN SPECIALE GESTIONE PER CONTO DELLO STATO					
Codice fiscale amministrazione statale			Amministrazione statale		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Codice fiscale struttura		Struttura in cui opera abitualmente il lavoratore		Codice Inail	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> AGRICOLTURA					
Codice fiscale		Cognome e nome o ragione sociale			Matricola Inps/codice CIDA
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>
Tipologia datore di lavoro (12)		Data inizio attività (GG/MM/AAAA)		Data fine attività (GG/MM/AAAA)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI					
Cognome		Nome		Codice fiscale	Codice Inps
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> LAVORO ACCESSORIO (DATORI DI LAVORO PERSONE FISICHE NON APPARTENENTI ALLE CATEGORIE PRECEDENTI)					
Cognome		Nome		Codice fiscale	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO (via, piazza ecc, ... numero civico)					
<input type="text"/>					
Nazione		Comune		Prov.	Cap
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Istat		Asl			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Prefisso internazionale		Telefono		Indirizzo Email	Indirizzo Pec
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
UNITA' PRODUTTIVA in cui opera abitualmente il lavoratore					
<input type="text"/>					
INDIRIZZO dell'UNITA' PRODUTTIVA o della STRUTTURA in cui opera abitualmente il lavoratore (via, piazza, ... numero civico)					
<input type="text"/>					
Nazione		Comune		Prov.	Cap
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Istat		Asl			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Prefisso internazionale		Telefono		Indirizzo Email	Indirizzo Pec
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indirizzo per l'invio della CORRISPONDENZA [provvedimenti, atti istruttori, assegni relativi alla pratica di infortunio] (via, piazza e numero civico)					
<input type="text"/>					
Nazione		Comune		Prov.	Cap
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Istat					
<input type="text"/>					
Indirizzo Email			Indirizzo Pec		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Reparto, ufficio o cantiere in cui opera abitualmente il lavoratore			Lavorazione svolta dall'azienda/amministrazione (aziende agricole v. nota 13)		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Attività agricola (14)					
<input type="text"/>					
LA SOMMA DOVUTA PER L'INDENNITÀ DI INABILITÀ TEMPORANEA ASSOLUTA SARÀ EROGATA DIRETTAMENTE AL LAVORATORE SE IL DATORE DI LAVORO HA OTTENUTO DA PARTE DELL'INAIL L'AUTORIZZAZIONE AD ANTICIPARE LE INDENNITÀ DI INABILITÀ TEMPORANEA ASSOLUTA AI SENSI DELL'ART. 70 D.P.R. 1124/1965, IL RIMBORSO POTRÀ AVVENIRE CON:					
<input type="checkbox"/> vaglia postale/assegno circolare (valida solo per importi non superiori a mille euro ai sensi dell'art. 12, comma 2, legge 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
					<input type="text"/>

L'INFORTUNIO È AVVENUTO:

Luogo dell'evento

Indirizzo (via, piazza,...numero civico)

Nazione

Comune

Prov. Cap

Istat

Asl

Infortunio in itinere
 Incidente con mezzo di trasporto
 Incidente stradale
 Incidente ferroviario
 Incidente aereo
 Incidente navale
 Altro

Si No
 Si No

Presso altra azienda Si No

Codice fiscale altra azienda

Denominazione/Ragione sociale altra azienda

In regime di appalto, subappalto o altra forma di lavoro per conto di terzi Si No

Data evento (GG/MM/AAAA)

Giorno festivo

 Si No

Alle ore

 :

Durante quale ora di lavoro (01, 02 ...)

 Si No

L'infortunato ha abbandonato il lavoro (GG/MM/AAAA)

 Si No

Alle ore

 :

Il datore di lavoro ha saputo del fatto il

(GG/MM/AAAA)

Il datore di lavoro era presente?

 Si No

Se no, ritiene che la descrizione riferita risponda a verità?

 Si No

Se ha risposto no, perchè?

DATI CERTIFICATI MEDICI DA CUI SCATURISCE L'OBLIGO DI DENUNCIA ai sensi dell'art. 53, d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 e s.m.i.**PRIMO CERTIFICATO MEDICO**

Numero identificativo certificato

Data di rilascio del certificato medico

GG/MM/AAAA

Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto il certificato medico

GG/MM/AAAA

Prognosi riservata Malattia infortunio (15)

Periodo di prognosi dal

al

CERTIFICATO MEDICO SUCCESSIVO AL PRIMO

Numero identificativo certificato

Data di rilascio del certificato medico

GG/MM/AAAA

Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato medico successivo al primo dal lavoratore

GG/MM/AAAA

Periodo di prognosi dal

al

GG/MM/AAAA

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO:

In che modo è avvenuto l'infortunio?

IN PARTICOLARE:

Dove era il lavoratore al momento dell'infortunio?

Che tipo di lavoro stava svolgendo il lavoratore al momento dell'infortunio?

Era il suo consueto lavoro? Si No

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore?

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio?

In conseguenza di ciò, cosa è avvenuto al lavoratore?

Se l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri

Natura della lesione (16)

Sede della lesione (17)

DATI PER L'AUTORITÀ DI PUBBLICA SICUREZZA (art. 54 d.p.r. 1124/1965 e s.m.i.):La lesione ha provocato la morte? Si NoSembra poterla provocare? Si NoSembra poter provocare un'inabilità permanente assoluta o parziale? Si No

Quanti giorni si presume che possa durare l'inabilità temporanea al lavoro?

Entro quanti giorni si ritiene che sia possibile conoscere l'esito definitivo?

Altre persone rimaste lese nel medesimo infortunio

La comunicazione dell'Ispettorato territoriale del lavoro circa la data e il luogo dell'inchiesta di cui all'art. 57 d.p.r. n. 1124/1965 deve essere inviata al datore di lavoro, all'infortunato o ai superstiti (indicare nome, cognome, residenza).

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI:**PRIMO TESTIMONE**

Cognome		Nome		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Indirizzo di residenza (via, piazza,...numero civico)		Prefisso internazionale	Telefono	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SECONDO TESTIMONE

Cognome		Nome		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico)		Prefisso internazionale	Telefono	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

IN CASO DI INFORTUNIO CAUSATO DALLA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI (d.lgs 209/2005 e s.m.i.), INDICARE:**PRIMO VEICOLO**

Targa veicolo	Compagnia assicurativa o impresa designata	Autorità di pubblica sicurezza intervenuta per i rilievi
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATI DEL CONDUCENTE:

Cognome		Nome		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico)		Prefisso internazionale	Telefono	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:

Cognome		Nome		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Ragione sociale				
<input type="text"/>				
Indirizzo di residenza (via, piazza,...numero civico)		Prefisso internazionale	Telefono	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SECONDO VEICOLO

Targa veicolo	Compagnia assicurativa o impresa designata	Autorità di pubblica sicurezza intervenuta per i rilievi
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATI DEL CONDUCENTE:

Cognome		Nome		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico)		Prefisso internazionale	Telefono	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:

Cognome		Nome		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Ragione sociale				
<input type="text"/>				
Indirizzo di residenza (via, piazza,...numero civico)		Prefisso internazionale	Telefono	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (ESPOSTI AL LORDO): LA RETRIBUZIONE (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZIANITA', ECC) E' COMPUTATA SU BASE:

Oraria Ore settimanali Giornaliera Mensile/mensilizzata Convenzionale Convenzionale artigiana Voucher , Importo

VARIAZIONE DELLA RETRIBUZIONE INTERVENUTA NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO:
Retribuzione oraria/mensile pari a GG/MM/AAAA dal

ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO:
Importo lavoro straordinario , Importo festività cadenti di domenica , Importo prestazioni in natura, vitto e alloggio ,
Importo diaria - trasferta , Importo indennità/maggiorazioni per mensa, trasporto, lavoro notturno, festività ecc. , Importo festività soppresse non trasformate in ferie e riposi compensativi lavorati ,

ELEMENTI AGGIUNTIVI A BASE ANNUALE:
Tredicesima mensilità in % , oppure Importo , Ferie, festività e riposi compensativi trasformati in ferie in % , oppure giorni
Premio di produzione in % , oppure Importo , oppure in % ,
Altre mensilità aggiuntive in % , oppure Importo , Maggiorazione omnicomprensiva in edilizia, agricoltura, ecc. in % ,

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (ESPOSTI AL LORDO) PER GLI ADDETTI AI SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI:

Durata normale della settimana di lavoro: N. ore Retribuzione convenzionale oraria: , Importo

INFORMAZIONI DA RICHIEDERE AL LAVORATORE:
Altri datori di lavoro presso i quali il lavoratore prestava la propria opera per servizi domestici e familiari e di riassetto e pulizia locali alla data dell'evento:

1) Generalità e recapito Durata normale della settimana di lavoro: N. ore Retribuzione convenzionale oraria ,
Generalità e recapito Durata normale della settimana di lavoro: N. ore Retribuzione convenzionale oraria ,

2) Generalità e recapito Durata normale della settimana di lavoro: N. ore Retribuzione convenzionale oraria ,

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (ESPOSTI AL LORDO) PER I DIPENDENTI CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE (PART-TIME):

Clausole pattuite in forma scritta previste dal contratto collettivo nazionale o concordate dalle parti avanti alle commissioni di certificazione: Lavoro flessibile Lavoro elastico (solo part-time verticale o misto)

Condizioni e modalità pattuite, rilevanti ai fini dell'evento infortunistico (es. variazioni dell'orario di lavoro previsto per il giorno dell'evento, eventuali compensazioni riconosciute per le clausole pattuite o per il lavoro supplementare, ecc.)

Ore di lavoro annue previste dalla contrattazione collettiva nazionale per i lavoratori a tempo pieno N. ore

Retribuzione annua tabellare (18) prevista dalla contrattazione collettiva nazionale o, in assenza, da quella territoriale, aziendale o individuale, per un lavoratore a tempo pieno di pari livello o categoria Importo ,

Ore di lavoro settimanali da retribuire (19) al lavoratore in forza di legge o per contratto N. ore

Ore di lavoro settimanali supplementari (20) da retribuire al lavoratore per contratto N. ore

Ore di lavoro settimanali supplementari effettivamente prestate dal lavoratore nei quindici giorni precedenti la data dell'evento, se non previste per contratto (21) N. ore

Lavoro straordinario (22) riferito ai quindici giorni precedenti la data dell'evento Importo ,

INFORMAZIONI DA RICHIEDERE AL LAVORATORE:
Altro datore di lavoro con il quale il lavoratore ha in corso un contratto a tempo parziale alla data dell'evento (indicare la ragione sociale ed un recapito)

Altro datore di lavoro con il quale il lavoratore ha in corso un contratto a tempo parziale alla data dell'evento (indicare la ragione sociale ed un recapito)

IL SOTTOSCRITTO

Datore di lavoro Delegato/incaricato del datore di lavoro Mandatario del datore di lavoro

Cognome		Nome		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Codice fiscale	Nato a	Il (GG/MM/AAAA)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Indirizzo (via, piazza, ... numero civico)				
<input type="text"/>				
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prefisso estero	Telefono	Indirizzo Email	Indirizzo Pec	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DICHIARA

- di rendere la presente denuncia/comunicazione di infortunio ai sensi del t.u. Infortuni (d.p.r. 1124/1965 e s.m.i) e del t.u. Sicurezza (d.lgs. 81/2008 e s.m.i.) in qualità di datore di lavoro dell'infortunato o su delega/incarico o mandato dello stesso (che si impegna ad esibire su richiesta dell'Inail), conferiti per lo svolgimento degli adempimenti nei confronti dell'Istituto ai sensi delle disposizioni sopra citate, nonché per la sottoscrizione del presente documento composto di n. 6 pagine, inclusa la presente;
- di essere il titolare del trattamento dei dati, forniti nel rispetto della normativa sul diritto alla privacy (d.lgs. 196/2003 e s.m.i. e del regolamento UE 2016/679), ovvero soggetto in possesso di delega o autorizzazione rilasciata dal titolare del trattamento, che si impegna ad esibire su richiesta dell'Inail;
- di essere consapevole: in qualità di datore di lavoro, delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro nel caso in cui i dati forniti con la presente denuncia/comunicazione di infortunio non siano rispondenti a verità; ovvero in qualità di delegato/incaricato o mandatario del datore di lavoro, delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro in caso di mancata corrispondenza tra i dati forniti con la presente denuncia/comunicazione di infortunio e quanto dichiarato dal datore di lavoro, il quale resta in ogni caso responsabile della loro veridicità.

Allegati n.:

Note

GG/MM/AAAA
Data

Timbro e firma

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL MODULO CARTACEO DI DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

La denuncia/comunicazione di infortunio è l'adempimento al quale è tenuto il datore di lavoro nei confronti dell'Inail in caso di infortuni sul lavoro dei lavoratori dipendenti o assimilati soggetti all'obbligo assicurativo, e che siano prognosticati non guaribili entro tre giorni escluso quello dell'evento, indipendentemente da ogni valutazione circa la ricorrenza degli estremi di legge per l'indennizzabilità. L'invio della denuncia/comunicazione consente, per gli infortuni con la predetta prognosi, di assolvere contemporaneamente sia all'obbligo previsto a fini assicurativi dall'art. 53, d.p.r. n. 1124/1965, che all'obbligo previsto a fini statistico/informativi dall'art. 18, comma 1, lettera r, d.lgs. n. 81/2008 a far data dall'entrata in vigore della relativa normativa di attuazione.

Il presente modulo Mod. 4 bis R.A. (ex Mod 4 bis Prest.) Denuncia/comunicazione di infortunio deve essere trasmesso all'Inail esclusivamente in via telematica.

SEDE INAIL COMPETENTE

La sede competente a trattare il caso di infortunio è quella nel cui territorio l'infortunato ha stabilito il proprio domicilio (circolare Inail n. 54 del 24/08/2004).

OBBLIGHI DEL DATORE DI LAVORO

Dal 22 marzo 2016, data di decorrenza delle modifiche di cui all'art. 21 c. 1, lettera b), c), del d.lgs. 151/2015, per gli infortuni occorsi alla generalità dei lavoratori dipendenti o assimilati, il datore di lavoro ha l'obbligo di inoltrare la denuncia/comunicazione di infortunio entro due giorni dalla ricezione dei riferimenti del certificato medico (numero identificativo del certificato, data di rilascio e periodo di prognosi) già trasmesso per via telematica all'Istituto direttamente dal medico o dalla struttura sanitaria competente al rilascio (art. 53 d.p.r. n.1124/1965 e s.m.i.).

Qualora l'inabilità per un infortunio prognosticato guaribile entro tre giorni si prolunghi al quarto, il datore di lavoro deve inoltrare la denuncia/comunicazione entro due giorni dalla ricezione dei riferimenti del nuovo certificato medico (numero identificativo del certificato, data di rilascio e periodo di prognosi) già trasmesso per via telematica all'Istituto direttamente dal medico o dalla struttura sanitaria competente al rilascio.

In caso di infortunio mortale o con pericolo di morte, il datore di lavoro deve segnalare l'evento entro ventiquattro ore e con qualunque mezzo che consenta di comprovarne l'invio, fermo restando comunque l'obbligo di inoltro della denuncia/comunicazione nei termini e con le modalità di legge (art.53, c. 2, d.p.r. n.1124/1965 e s.m.i.).

Per gli infortuni occorsi ai lavoratori del settore artigianato, deve provvedere all'inoltro il titolare o uno dei titolari dell'azienda artigiana (art. 203, c. 1, d.p.r. n.1124/1965).

Nei casi di infortunio occorsi al titolare o a uno dei titolari dell'azienda artigiana, ove questi si trovino nella impossibilità di provvedervi direttamente, l'obbligo di denuncia nei termini di legge si ritiene assolto con l'invio telematico del certificato medico da parte del medico o della struttura sanitaria competente al rilascio, ferma restando la necessità di inoltrare comunque la denuncia/comunicazione per le relative finalità assicurative.

Per gli infortuni occorsi ai lavoratori autonomi del settore agricoltura, provvede il lavoratore autonomo sia per sé che per gli appartenenti al nucleo familiare costituenti la forza lavoro (art. 25, d.lgs. n. 38/2000 e art. 1, comma 7, d. m. 29/5/2001). Ove questi si trovi nella impossibilità di provvedervi direttamente, l'obbligo di denuncia nei termini di legge si ritiene assolto con l'invio telematico del certificato medico da parte del medico o della struttura sanitaria competente al rilascio, ferma restando la necessità di inoltrare comunque la denuncia/comunicazione per le relative finalità assicurative.

Dal 22 marzo 2016 il datore di lavoro che invia all'Istituto assicuratore le denunce di infortunio con modalità telematica è esonerato dall'obbligo di trasmettere le informazioni relative alle predette denunce all'autorità di pubblica sicurezza. Ai fini degli adempimenti previsti dall' art. 54 del d.P.R. n. 1124/1965 e s.m.i. , l'Istituto mette a disposizione mediante la cooperazione applicativa di cui all'art. 72, comma 1, lettera e), del d.lgs. n. 82 del 2005, i dati relativi alle denunce degli infortuni mortali o con prognosi superiore a trenta giorni .

Per i datori di lavoro che non sono tenuti per legge a dotarsi di PEC, (privati cittadini datori di lavoro domestico e di lavoro accessorio) e che inviano le denunce di infortunio con modalità non telematiche, permane l'obbligo di dare notizia all'autorità locale di pubblica sicurezza dei dati relativi alle denunce degli infortuni mortali o con prognosi superiore a trenta giorni .

OBBLIGHI DEL LAVORATORE

Il lavoratore è obbligato a dare immediata notizia al datore di lavoro di qualsiasi infortunio gli accada, anche se di lieve entità (art. 52, d.p.r. n.1124/1965 e s.m.i.); non ottemperando a tale obbligo e nel caso in cui il datore di lavoro non abbia comunque provveduto all'inoltro della denuncia/comunicazione nei termini di legge, l'infortunato perde il diritto all'indennità di temporanea per i giorni ad esso antecedenti.

Per assolvere a tale obbligo il lavoratore deve fornire al datore di lavoro il numero identificativo del certificato medico, la data di rilascio e i giorni di prognosi indicati nel certificato stesso.

SANZIONI

Il datore di lavoro deve indicare il codice fiscale del lavoratore. In caso di indicazione mancata oppure inesatta, è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa (art. 16, legge n. 251/1982).

In caso di denuncia omessa, tardiva, inesatta oppure incompleta, è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa (art. 53, d.p.r. n.1124/1965 e s.m.i.).

Se l'infortunio è occorso ad un lavoratore autonomo del settore artigianato (art. 203, c. 1 e 2, d.p.r. n. 1124/1965) e del settore agricoltura (artt. 1, c. 8, e 2, d. m. 29/05/2001) non è prevista alcuna sanzione amministrativa, ferma restando la perdita del diritto all'indennità di temporanea per i giorni antecedenti l'inoltro della denuncia.

LEGENDA NOTE:

(1) STATO CIVILE
CELIBE/NUBILE
CONIUGATO/A
DIVORZIATO/A
SEPARATO/A
VEDOVO/A

(2) STUDENTE
L'opzione <i>SI</i> per il campo <i>Studente</i> deve essere selezionata esclusivamente in caso di eventi occorsi a studenti e alunni delle scuole statali di ogni ordine e grado assicurati in Gestione per Conto dello Stato (GCS) e studenti delle scuole private e parificate assicurati in regime ordinario di assicurazione (IASPA). Per gli eventi occorsi agli allievi dei corsi di formazione professionale, è necessario, invece, indicare nel campo <i>Tipologia di lavoratore</i> l'opzione ALLIEVO/ISTRUTTORE CORSI QUALIFICAZIONE PROF.LE e l'opzione NO per il campo Studente.

(3) TIPOLOGIA DI LAVORATORE INDUSTRIA, ARTIGIANATO, SERVIZI E PUBBLICA AMMINISTRAZIONE
ALLIEVO/ISTRUTTORE CORSI DI QUALIFICAZIONE PROFESSIONALE
APPRENDISTA
ASSOCIATO IN PARTECIPAZIONE
AUTONOMO
COADIUVANTE FAMILIARE
DIPENDENTE
LAVORATORE A DOMICILIO
LAVORATORE CON CONTRATTO DI AGENZIA
LAVORATORE CON CONTRATTO DI FORMAZIONE LAVORO (SOLO PUBBLICA AMMINISTRAZIONE)
LAVORATORE CON CONTRATTO DI INSERIMENTO LAVORATIVO
LAVORATORE CON CONTRATTO RIPARTITO
LAVORATORE DETENUTO ADDETTO AI LAVORI
LAVORATORE DOMESTICO
LAVORATORE INTERINALE (O A SCOPO DI SOMMINISTRAZIONE)
LAVORATORE INTERMITTENTE
PRESTATORE DI LAVORO ACCESSORIO
LAVORATORE PER SOSTITUZIONE
LAVORATORE RICOVERATO IN CASE DI CURA, OSPEDALI E STRUTTURE ASSIMILATE
LAVORATORE SOCIALMENTE UTILE (LSU - ASU)
PARASUBORDINATO A PROGETTO/ COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA
PARASUBORDINATO OCCASIONALE
SOCIO
TIROCINANTE
VOLONTARIO LEGGE N. 114/2014
(3) TIPOLOGIA DI LAVORATORE AGRICOLTURA
APPRENDISTA
AUTONOMO O ASSIMILATO
COADIUVANTE FAMILIARE
DIPENDENTE O ASSIMILATO

PRESTATORE DI LAVORO ACCESSORIO
PARASUBORDINATO
SOCIO
TIROCINANTE
LAVORATORE INTERMITTENTE
LAVORATORE CON CONTRATTO RIPARTITO

(4) TIPOLOGIA DI CONTRATTO
INDETERMINATO A TEMPO PIENO
DETERMINATO A TEMPO PIENO
INDETERMINATO A TEMPO PARZIALE
DETERMINATO A TEMPO PARZIALE
INDETERMINATO
DETERMINATO

(5) CCNL - SETTORE LAVORATIVO CNEL
AGRICOLTURA
ALIMENTARISTI - AGROINDUSTRIALE
ALTRI VARI
AMMINISTRAZIONE PUBBLICA
AZIENDE DI SERVIZI
CHIMICI
COMMERCIO
CREDITO ASSICURAZIONI
EDILIZIA
ENTI E ISTITUZIONI PRIVATE
MECCANICI
POLIGRAFICI E SPETTACOLO
TESSILI
TRASPORTI

(6) CCNL - CATEGORIA CNEL
Tutti i valori presenti nella tabella CATEGORIA di: Archivio nazionale dei contratti collettivi di lavoro CNEL

(7) QUALIFICA ASSICURATIVA INDUSTRIA, ARTIGIANATO, SERVIZI E PUBBLICA AMMINISTRAZIONE
ADDETTO A LAVORAZIONI MECCANICO - AGRICOLE
ADDETTO AI SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI
APPRENDISTA ARTIGIANO (art. 4, n. 4, d.p.r. 1124/65)
APPRENDISTA NON ARTIGIANO (art. 4, n. 4, d.p.r. 1124/65)
ASSOCIATO IN PARTECIPAZIONE
AUSILIARIO
BORSE DI LAVORO
CONIUGE, FIGLI, PARENTI E ASSIMILATI DEL DATORE DI LAVORO (art. 4, n. 6, d.p.r. 1124/65)
DETENUTO ADDETTO A LAVORI (art. 4, n. 9, d.p.r. 1124/65)
DIPENDENTE AVVENTIZIO O OCCASIONALE DI CAROVANA, ASSOCIAZIONE E COOPERATIVA DI LAVORATORI
DIPENDENTE, SOCIO, AVVENTIZIO DA COMPAGNIA O GRUPPO PORTUALE OPERANTE NEI PORTI DI 1° CATEGORIA
DIPENDENTE, SOCIO, AVVENTIZIO DA COMPAGNIA O GRUPPO PORTUALE OPERANTE NEI PORTI DI 2° CATEGORIA

DIPENDENTE, SOCIO, AVVENTIZIO DA COMPAGNIA O GRUPPO PORTUALE OPERANTE NEI PORTI DI 3° CATEGORIA
DIRIGENTE (art. 4, d.lgs. 38/00)
IMPIEGATO
INSEGNANTE E ALUNNO SCUOLE;ISTRUTTORE E ALLIEVO CORSI DI QUALIFICAZIONE PROFESSIONALE (art. 4, n. 5, d.p.r. 1124/65)
INTERMEDIO
LAVORATORE A DOMICILIO (art. 4, d.p.r. 1124/65)
LAVORATORE ADDETTO A LAVORO SOCIALMENTE UTILE
LAVORATORE CON CONTRATTO DI AGENZIA
LAVORATORE CON CONTRATTO RIPARTITO
LAVORATORE INTERINALE
LAVORATORE INTERMITTENTE
LAVORATORE ITALIANO ALL'ESTERO
PRESTATORE DI LAVORO ACCESSORIO
LAVORATORE SOSPESO IN CASSA INTEGRAZIONE GUADAGNI
MEDICO RADIOLOGO - TECNICO DI RADIOLOGIA (TSRM)
OPERAIO
PARASUBORDINATO (art. 5, d.lgs. 38/00)
PARTECIPANTE AD IMPRESA FAMILIARE
PESCATORE DELLA PICCOLA PESCA MARITTIMA E DELLE ACQUE INTERNE
PIANO DI INSERIMENTO PROFESSIONALE
QUADRO
RELIGIOSO - SUORA (art. 4, d.p.r. 1124/65)
RICOVERATO IN CASE DI CURA,OSPEDALI E STRUTTURE ASSIMILATE (art. 4, n. 8, d.p.r. 1124/65)
SOCIO DI CAROVANA, ASSOCIAZIONE E COOPERATIVA DI LAVORATORI (es. facchini trasportatori di persone e di merci ecc...)
SOCIO DI COPERATIVA E DI ALTRO TIPO DI SOCIETA' ANCHE DI FATTO (art. 4, n. 7, d.p.r. 1124/65)
SOCIO LAVORATORE (es. facchini, trasporto di persone e di merci)
SOVRAINTENDENTE (art. 4, n. 2, d.p.r. 1124/65)
SPORTIVO PROFESSIONISTA (art. 6, d.lgs. 38/00)
TITOLARE DI AZIENDA ARTIGIANA CON DIPENDENTI (art. 4, n. 3, d.p.r. 1124/65)
TITOLARE DI AZIENDA ARTIGIANA SENZA DIPENDENTI (art. 4, n. 3, d.p.r. 1124/65)
TITOLARE DI FRANTOIO
VOLONTARIO LEGGE N. 114/2014

(7) QUALIFICA ASSICURATIVA AGRICOLTURA
AFFITTUARIO COLTIVATORE DIRETTO
BRACCIANTE AGRICOLO O GIORNALIERO DI CAMPAGNA (OTD)
COMPARTICIPANTE INDIVIDUALE O FAMILIARE
PRESTATORE DI LAVORO ACCESSORIO
MEZZADRO O COLONO
MOGLIE/FIGLI/PARENTI VARI DEL MEZZADRO O COLONO
MOGLIE/FIGLI/PARENTI VARI DELL'AFFITTUARIO COLTIVATORE DIRETTO
MOGLIE/FIGLI/PARENTI VARI DI PROPRIETARIO COLTIVATORE DIRETTO
OPERAIO COMUNE
OPERAIO QUALIFICATO
OPERAIO QUALIFICATO SUPER
OPERAIO SPECIALIZZATO
OPERAIO SPECIALIZZATO SUPER
PICCOLO COLTIVATORE DIRETTO/PICCOLO COLONO
PROPRIETARIO COLTIVATORE DIRETTO

SOCIO DI COOPERATIVA AGRICOLA
SOVRASTANTE DI AZIENDA AGRICOLA (art. 205 lettera c D.P.R. 1124/65)
LAVORATORE INTERMITTENTE
LAVORATORE CON CONTRATTO RIPARTITO

(8) VOCE PROFESSIONALE ISTAT
Tutti i valori presenti ne IL NAVIGATORE DELLE PROFESSIONI da: CP2011 ISTAT

(9) SETTORE ATTIVITA'
ALTRI
ARTIGIANATO
INDUSTRIA
SPECIALE
TERZIARIO

(10) TIPO POLIZZA
APPARECCHI RX
AUTONOMI ARTIGIANI
DIPENDENTI
FACCHINI
FRANTOI
INTERINALE
IPPOTRASPORTATORI
PESCATORI
PROVE D'ARTE E TCP
SCUOLE
SOSTANZE RADIOATTIVE

(11) TARIFFA DEI PREMI D.M. 12/12/2000
Disponibile per la consultazione da: D.M. 12/12/2000

(12) TIPOLOGIA DATORE DI LAVORO
AZIENDA AGRICOLA
COLTIVATORE DIRETTO
MEZZADRO
IMPRENDITORE AGRICOLO PROFESSIONISTA
PICCOLO COLONO COMPARTICIPANTE FAMILIARE

(13) LAVORAZIONE SVOLTA DALL'AZIENDA AGRICOLA
ATTIVITA' DIVERSE DI BONIFICA
ALTRE LAVORAZIONI PRIMA DELLA RACCOLTA
ATTIVITA' DI SILVICOLTURA
COLTIVAZIONI SPECIALI
LAVORAZIONI AUSILIARIE
LAVORAZIONI SUCCESSIVE ALLA SEMINA

PREPARAZIONE TERRENO
PRODUZIONE ED ALLEVAMENTO DI ANIMALI
PROPAGAZIONE PIANTE
RACCOLTA E TRASFORMAZIONE DI PRODOTTI
ORTICOLTURA
COLTIVAZIONI IN SERRA O VIVAI
FLORICOLTURA
COLTIVAZIONI FUORI SERRA – (funghi, ortaggi, frutta)
LAVORAZIONE DEL TABACCO PRODOTTO DIRETTAMENTE
MOLITURA DELLE OLIVE DI PRODUZIONE PROPRIA
VALORIZZAZIONE DEL PATRIMONIO RURALE E FORESTALE
ATTIVITA' AGRITURISTICHE

(14) ATTIVITA' AGRICOLA (art. 2135 c.c. 2° e 3°)
COLTIVAZIONE DEL FONDO
SILVICOLTURA
ALLEVAMENTO DI ANIMALI
ATTIVITA' CONNESSE

(15) MALATTIA INFORTUNIO
<p>Consiste in un processo morboso conseguente alla penetrazione nell'organismo umano di germi patogeni.</p> <p>La caratteristica principale di questo tipo di patologie è che, dal punto di vista assicurativo, esse vengono giuridicamente qualificate come infortuni sul lavoro in quanto la causa virulenta viene assimilata alla causa violenta.</p> <p>La tutela assicurativa delle patologie in questione come infortuni sul lavoro consente all'INAIL di erogare le prestazioni di legge già nella fase del contagio, se noto, che determini, anche per motivi profilattici, l'astensione temporanea dal lavoro.</p> <p>Tuttavia, se l'episodio che ha determinato il contagio non sia percepito o non possa essere provato dal lavoratore, si può presumere che lo stesso si sia verificato in considerazione delle mansioni e di ogni altro indizio che deponga in tal senso.</p> <p>Ciò premesso, si specifica che, nell'ipotesi in cui la malattia infortunio determini astensione dal lavoro per un periodo superiore a tre giorni oltre quello dell'evento, il datore di lavoro dovrà effettuare, come per tutti gli altri casi di infortunio, la denuncia all'Istituto assicuratore.</p> <p>Nell'ipotesi in cui, invece, non vi sia astensione dal lavoro o questa sia inferiore al periodo sopra indicato, pur non ricorrendo l'obbligo di inoltrare la denuncia a fini assicurativi all'Istituto, sarà opportuno che il datore di lavoro provveda comunque a tale adempimento al fine di consentire all'Istituto di ottenere tutte le informazioni necessarie all'erogazione tempestiva delle prestazioni previste per tali fattispecie (profilassi, eventuali vaccinazioni).</p> <p>Ne consegue che, in tutti i casi in cui il datore di lavoro opterà per la denuncia di malattia infortunio compilando l'apposito campo, l'Istituto provvederà alla trattazione dell'evento infortunistico secondo le consuete modalità.</p> <p>ESEMPI DI MALATTIE - INFORTUNIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - epatite virale contratta, ad esempio, dal personale sanitario (es. Cass. 13.03.1992, n.3090); - echinococcosi da cui possono essere contagiati i lavoratori a contatto con pelli fresche ad esempio nelle attività di macellazione (es. Trib. Firenze, sent. 21.09.1994); - tetano, al quale sono esposti in modo particolare i lavoratori che debbono maneggiare arnesi in ferro o che abbiano contatti con il letame; - brucellosi alla quale sono esposti in modo particolare i lavoratori addetti alla mungitura degli ovini e dei bovini.

(16) NATURA DELLA LESIONE
CONTUSIONE
CORPI ESTRANEI
FERITA
FRATTURA
LESIONI DA AGENTI INFETTIVI E PARASSITARI
LESIONI DA ALTRI AGENTI
LESIONI DA SFORZO
LUSSAZIONE, DISTORSIONE, DISTRAZIONE
PERDITA ANATOMICA

(17) SEDE DELLA LESIONE
SEDE DELLA LESIONE
CRANIO
ENCEFALO
NASO
BOCCA
FACCIA
COLLO
CUORE AD ORGANI MEDIASTINO
FEGATO
MILZA
STOMACO ED ORGANI INTESTINALI
ORGANI URIGENITALI
PERETE ADDOMINALE
COLONNA VERTEBRALE/CERVICALE
COLONNA VERTEBRALE/TORACICA
COLONNA VERTEBRALE/LOMBARE
COLONNA VERTEBRALE/SACRO E COCCIGE
COLONNA VERTEBRALE/MIDOLLO CERVICALE
COLONNA VERTEBRALE/MIDOLLO TORACICA
COLONNA VERTEBRALE/MIDOLLO LOMBARE
COLONNA VERTEBRALE/MIDOLLO SACRO COCCIGE
OCCHI SINISTRO
OCCHIO DESTRO
ORECCHIO SINISTRO
ORECCHIO DESTRO
CINGOLO TORACICO SINISTRO
CINGOLO TORACICO DESTRO
POLMONE SINISTRO
POLMONE DESTRO
PARETE TORACICA SINISTRA
PARETE TORACICA DESTRA

BRACCIO SINISTRO
GOMITO DESTO
AVAMBRACCIO SINISTRO
AVAMBRACCIO DESTRO
POLSO SINISTRO
POLSO DESTRO
MANO SINISTRA
MANO DESTRA
POLLICE SINISTRO
POLLICE DESTRO
INDICE SINISTRO
INDICE DESTRO
MEDIO SINISTRO
MEDIO DESTRO
ANULARE SINISTRO
ANULARE DESTRO
MIGNOLO SINISTRO
MIGNOLO DESTRO
CINGOLO PELVICO SINISTRO
CINGOLO PELVICO DESTRO
COSCIA SINISTRA
COSCIA DESTRA
GINOCCHIO SINISTRO
GINOCCHIO DESTRO
GAMBA SINISTRA
GAMBA DESTRA
CAVIGLIA SINISTRA
CAVIGLIA DESTRA
PIEDE SINISTRO
PIEDE DESTRO
ALLUCE SINISTRO
ALLUCE DESTRO
ALTRE DITA

DATI RETRIBUTIVI PER I DIPENDENTI CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE (PART-TIME)

(18) Paga base o minimo tabellare, comprensivi delle mensilità aggiuntive e con l'esclusione di ogni altro istituto economico di natura contrattuale (es. contingenza, scatti di anzianità, eventuali ulteriori emolumenti stabiliti dalla contrattazione di qualsiasi livello, ecc...).

(19) Le ore da retribuire devono comprendere sia quelle di effettiva presenza, che quelle di assenza retribuite in forza di legge o di contratto (es. assenze per ferie, festività riconosciute, permessi retribuiti, astensione obbligatoria per maternità, ecc...), entro il limite massimo di venticinque giorni lavorativi mensili, escludendo quelle di lavoro supplementare e straordinario.

(20) Prestazione lavorativa svolta oltre l'orario di lavoro concordato nel contratto individuale, ma entro il limite del tempo pieno. La normativa disciplina espressamente la possibilità di ricorrere al lavoro supplementare in ipotesi di part-time orizzontale; tale previsione non ne esclude, comunque, l'applicabilità anche al part-time verticale o misto a condizione che la prestazione complessiva pattuita resti inferiore all'orario settimanale previsto per i lavoratori a tempo pieno.

(21) Qualora il contratto collettivo applicato al rapporto di lavoro non contenga una specifica disciplina del lavoro supplementare, il datore di lavoro può richiedere al lavoratore lo svolgimento di tale prestazione in misura non superiore al quindici per cento delle ore di lavoro settimanali concordate.

(22) Prestazione lavorativa svolta oltre l'orario settimanale previsto per il tempo pieno. Il lavoro straordinario è consentito solo in ipotesi di part-time verticale o misto, purché effettuato nelle stesse giornate lavorative concordate.