



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 lunedì 16/08/2021 a venerdì 20/08/2021 compreso, e riaprirà lunedì 23/08/2021**. 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 degli scorsi anni, 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.), assolvano 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 582 811
www.ASCOMGORIZIA.it

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 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**



CONFCOMMERCIO

IMPRESE PER L'ITALIA

GORIZIA

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./administratore/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

Infortunati superiori a tre giorni:

con riferimento agli **infortunati di durata superiore ai tre giorni**, in caso di omessa denuncia di infortunio a fini statistici e informativi entro i termini previsti, il datore di lavoro è soggetto al pagamento di una **sanzione amministrativa da € 1.096,00 a € 4.932,00** (art. 55, comma 5, lettera g), del D.Lgs. n. 81/2008). E' espressamente previsto che l'applicazione della sanzione sopra indicata esclude l'applicazione della più onerosa sanzione prevista dall'art. 53 del D.P.R. n. 1124/1965.

Infortunati superiori a un giorno (e fino a tre giorni):

Con riferimento agli **infortunati di durata superiore ad un giorno (e fino a tre giorni)**, in caso di omessa denuncia di infortunio a fini statistici e informativi entro i termini previsti, il datore di lavoro è soggetto al pagamento di una sanzione amministrativa **da € 548 a €**

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 582 811
www.ASCOMGORIZIA.it

1.972,80 (art. 55, comma 5, lettera h), del D.Lgs. n. 81/2008).

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 2021

ASCOM SERVIZI GORIZIA C.A.F. SRL

Il Responsabile del Servizio Paghe

C.d.L. Davide Buco

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 _____

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) Sì No Parente del datore di lavoro Sì No Persone a carico Sì No Tutela Inps in caso di malattia comune Sì No

Tipologia di lavoratore (3) _____ Tipologia di contratto (4) _____

Orizzontale Percentuale di part-time _____ Articolazione dell'orario di lavoro prevista per il giorno dell'evento

Tipologia di part-time: Verticale Dalle ore _____ : _____ Alle ore _____ : _____
 Misto _____ , _____ % Dalle ore _____ : _____ Alle ore _____ : _____

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

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 (9) Tipo polizza (10) Voce di tariffa (11) **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 Tipologia datore di lavoro (12) Data inizio attività (GG/MM/AAAA) Data fine attività (GG/MM/AAAA) **SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI**Cognome Nome Codice fiscale Codice Inps **LAVORO ACCESSORIO (DATORI DI LAVORO PERSONE FISICHE NON APPARTENENTI ALLE CATEGORIE PRECEDENTI)**Cognome Nome Codice fiscale **INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO** (via, piazza ecc, ... numero civico)Nazione Comune Prov. Cap Istat Asl Prefisso internazionale Telefono Indirizzo Email Indirizzo Pec **UNITA' PRODUTTIVA** in cui opera abitualmente il lavoratore**INDIRIZZO dell'UNITA' PRODUTTIVA o della STRUTTURA** in cui opera abitualmente il lavoratore (via, piazza, ... numero civico)Nazione Comune Prov. Cap Istat Asl Prefisso internazionale Telefono Indirizzo Email Indirizzo Pec Indirizzo per l'invio della **CORRISPONDENZA** [provvedimenti, atti istruttori, assegni relativi alla pratica di infortunio] (via, piazza e numero civico)Nazione Comune Prov. Cap Istat Indirizzo Email Indirizzo Pec Reparto, ufficio o cantiere in cui opera abitualmente il lavoratore Lavorazione svolta dall'azienda/amministrazione (aziende agricole v. nota 13) Attività agricola (14) **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:** 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) accredito su c/c bancario o postale o altro strumento elettronico di pagamento dotato di codice Iban codice Iban

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 NoPresso 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 ...)

Durante il turno di notte

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

 Si No 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

GG/MM/AAAA

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