

Informativa n. 21/2025

1 Agosto 2025

ASSUNZIONI o INFORTUNI DURANTE LA CHIUSURA DELLO STUDIO

Durante i periodi di chiusura dello Studio è possibile adempiere in proprio, in forma semplificata, ad alcuni obblighi concernenti:

- A. la comunicazione al Centro per l'Impiego per le assunzioni urgenti e non programmate,
- B. la denuncia all'INAIL per infortunio.

ASSUNZIONI URGENTI e NON PROGRAMMATE

La Circolare n. 20/2008 del Ministero del Lavoro prevede che in coincidenza con le ferie o la chiusura dei soggetti abilitati e autorizzati all'invio delle comunicazioni obbligatorie, il datore di lavoro possa inviare la comunicazione preventiva all'assunzione mediante il modello UNIURG sul portale del Ministero del Lavoro, fermo restando l'obbligo di invio della comunicazione ordinaria nel primo giorno utile successivo alla riapertura dello studio professionale.

Nel caso fosse necessario procedere ad un'assunzione urgente:

1. Collegarsi al portale <https://couniurg.lavoro.gov.it> ed accedere al sistema "UNIFICATO URG" con le credenziali SPID del legale rappresentante dell'azienda,
2. Compilare il modello UniUrg (come da manuale allegato) scrivendo nel motivo dell'urgenza "ferie studio consulenza",
3. Trasmettere anche al nostro Studio la copia della comunicazione unitamente alla ricevuta di avvenuto invio al Ministero del Lavoro.

Al momento della riapertura, lo Studio provvederà a completare la comunicazione di assunzione mediante l'invio del modello UniLav. Quest'attività completerà e perfezionerà l'adempimento.

INFORTUNI

In caso di evento accidentale che determini un'assenza per infortunio sul lavoro, il datore di lavoro è tenuto ad inoltrare apposita comunicazione all'INAIL osservando i seguenti termini:

CASI	PROGNOSI EVENTO	ADEMPIMENTO	TERMINE
A	Da 1 a 3 giorni (escluso giorno evento)	Comunicazione di infortunio	Entro 48 ore dalla ricezione del certificato medico
B	Superiore a 3 giorni (escluso giorno evento)	Denuncia di infortunio	Entro 2 giorni dalla ricezione del certificato medico
C	Prosecuzione: caso A con superamento dei 3 giorni (escluso giorno evento)	Denuncia di infortunio	Entro 2 giorni dalla ricezione del certificato medico di prosecuzione

La denuncia di infortunio deve essere presentata anche se interessa un lavoratore parasubordinato (collaboratori coordinati e continuativi) o un lavoratore impiegato con voucher.

Rammentiamo che in caso di infortunio che comporti la morte o il pericolo di morte, il datore di lavoro deve inviare un telegramma all'INAIL entro 24 ore dall'evento.

Durante il periodo di chiusura per ferie agostane dello studio, in caso di infortunio, il datore di lavoro deve:

1. Compilare il modulo cartaceo (vedi allegato) coi dati in proprio possesso,
2. Salvare il documento compilato in formato PDF o scansionarlo,
3. Inviarlo a mezzo posta elettronica certificata insieme al certificato rilasciato dal pronto soccorso all'indirizzo della sede Inail di competenza rispetto al domicilio dell'infortunato, se noto, oppure a quello della sede aziendale,
4. Fare pervenire copia delle comunicazioni e del certificato allo Studio.

Restiamo a Vs. completa disposizione per qualsiasi ulteriore chiarimento voleste in merito e porgiamo distinti saluti.

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.1124/1965e 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 a studenti delle scuole statali e delle scuole private, in regime ordinario di assicurazione impegnati in attività di alternanza scuola-lavoro, è necessario indicare, nel campo <i>Qualifica assicurativa</i> l'opzione STUDENTE IMPEGNATO IN ATTIVITA' DI ALTERNANZA SCUOLA/LAVORO (art. 3 co. da 33 a 43 l. 107/2015). Per gli eventi occorsi agli allievi dei corsi di formazione professionale, invece, è necessario, indicare nel campo <i>Tipologia di lavoratore</i> l'opzione ALLIEVO/ISTRUTTORE CORSI QUALIFICAZIONE PROF.LE e l'opzione NO per il campo <i>Studente</i> .

(3) TIPOLOGIA DI LAVORATORE INDUSTRIA, ARTIGIANATO, SERVIZI E PUBBLICA AMMINISTRAZIONE
ALLIEVO/ISTRUTTORE CORSI DI QUALIFICAZIONE PROFESSIONALE
APPRENDISTA
ASSOCIATO IN PARTECIPAZIONE
AUTONOMO
COADIUVANTE FAMILIARE
DETENUTO INTERNATO O STRANIERO RICHIEDENTE ASILO LEGGE N. 208/2015
DIPENDENTE
DIPENDENTE IN CODATORIALITA'
LAVORATORE ADDETTO A PROGETTI UTILI ALLA COLLETTIVITA' (PUC)
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
SOGGETTI IMPEGNATI IN LAVORI DI PUBBLICA UTILITA' IN APPLICAZIONE DI PROVVEDIMENTI GIUDIZIARI LEGGE N. 232/2016
TIROCINANTE
VOLONTARIO LEGGE N. 114/2014
(3) TIPOLOGIA DI LAVORATORE AGRICOLTURA
APPRENDISTA
AUTONOMO O ASSIMILATO
COADIUVANTE FAMILIARE
DIPENDENTE O ASSIMILATO
DIPENDENTE IN COASSUNZIONE
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
ADDETTO A PROGETTI UTILI ALLA COLLETTIVITA' (art. 4, co. 15, d.l. 4/2019 e s.m.i.)
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)
DETENUTO INTERNATO STRANIERO RICHIEDENTE ASILO LEGGE N. 208/2015
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 AUTONOMO ISCRITTO AL FONDO PENSIONE LAVORATORI DELLO SPETTACOLO (Art. 66, comma 4, d.lgs. 73/2021 e s.m.i.)
LAVORATORE CON CONTRATTO DI AGENZIA
LAVORATORE CON CONTRATTO RIPARTITO
LAVORATORE INTERINALE
LAVORATORE INTERMITTENTE
LAVORATORE ITALIANO ALL'ESTERO
PRESTATORE DI LAVORO ACCESSORIO
LAVORATORE AGILE (artt. 18-23 l. 81/2017)
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)
RIDER (art. 47 septies, d.lgs. 81/2015 e s.m.i.)
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)
SOGGETTI IMPEGNATI IN LAVORI DI PUBBLICA UTILITA' IN APPLICAZIONE DI PROVVEDIMENTI GIUDIZIARI LEGGE N. 232/2016
SOVRAINTENDENTE (art. 4, n. 2, d.p.r. 1124/65)
SPORTIVO PROFESSIONISTA (art. 6, d.lgs. 38/00)

STUDENTE IMPEGNATO IN ATTIVITA' DI ALTERNANZA SCUOLA-LAVORO (art. 3 co. da 33 a 43 l.107/2015)
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
ASSICURATI P.U.C.
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
Consiste in un processo morboso conseguente alla penetrazione nell'organismo umano di germi patogeni.

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.

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.

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.

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.

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).

Ne consegue che, in tutti i casi in cui il datore di lavoro opererà per la denuncia di malattia infortunio compilando l'apposito campo, l'Istituto provvederà alla trattazione dell'evento infortunistico secondo le consuete modalità.

ESEMPI DI MALATTIE - INFORTUNIO:

- malattia da SARS-Cov2 - Covid 19 - (Circolari Inail n. 13/2020 e n. 22/2020);
- epatite virale contratta, ad esempio, dal personale sanitario (es. Cass. 13.03.192, 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

CRANIO

ENCEFALO
NASO
BOCCA
FACCIA
COLLO
CUORE ED 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
OCCHIO 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
BRACCIO DESTRO
GOMITO SINISTRO
GOMITO DESTRO
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.

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)

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) 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 (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 ☐ Misto Dalle ore : Alle ore : 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

☐ 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 (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

☐ Sì ☐ No

Incidente con mezzo di trasporto

☐ Sì ☐ No

Incidente stradale

☐

Incidente ferroviario

☐

Incidente aereo

☐

Incidente navale

☐

Altro

☐

Presso altra azienda

☐ Sì ☐ No

Codice fiscale altra azienda

Denominazione/Ragione sociale altra azienda

In regime di appalto, subappalto o altra forma di lavoro per conto di terzi

☐ Sì ☐ No

Data evento (GG/MM/AAAA)

Giorno festivo

☐ Sì ☐ No

Alle ore

 :

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

Durante il turno di notte

☐ Sì ☐ No

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

☐ Sì ☐ No

Alle ore

 :

Il datore di lavoro ha saputo del fatto il

(GG/MM/AAAA)

Il datore di lavoro era presente?

☐ Sì ☐ No

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

☐ Sì ☐ 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? ☐ Sì ☐ 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? ☐ Sì ☐ NoSembra poterla provocare? ☐ Sì ☐ NoSembra poter provocare un'inabilità permanente assoluta o parziale? ☐ Sì ☐ 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			
Indirizzo di residenza (via, piazza,...numero civico)		Prefisso internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat

SECONDO TESTIMONE

Cognome	Nome			
Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico)		Prefisso internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat

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

DATI DEL CONDUCENTE:

Cognome	Nome			
Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico)		Prefisso internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat

DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:

Cognome	Nome			
Ragione sociale				
Indirizzo di residenza (via, piazza,...numero civico)		Prefisso internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat

SECONDO VEICOLO

Targa veicolo	Compagnia assicurativa o impresa designata	Autorità di pubblica sicurezza intervenuta per i rilievi

DATI DEL CONDUCENTE:

Cognome	Nome			
Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico)		Prefisso internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat

DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:

Cognome	Nome			
Ragione sociale				
Indirizzo di residenza (via, piazza,...numero civico)		Prefisso internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat

☐ **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 sopresse 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 % giorni
 Premio di produzione in % oppure Importo , oppure
 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:

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

☐ **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

Codice fiscale

Nato a

Il (GG/MM/AAAA)

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

Nazione

Comune

Prov.

Cap

Istat

Prefisso estero

Telefono

Indirizzo Email

Indirizzo Pec

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

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO - IASPA
(combinato disposto art. 3, art.18, comma 1, lettera r, e art. 21 d.lgs. n. 81/2008)

Alla sede Inail _____

Pec _____

SEZIONE DATORE LAVORO

Codice fiscale _____ Cognome e nome o ragione sociale _____

Codice ditta _____ Posizione assicurativa territorio _____ Settore attività _____

Tipo polizza _____ Note _____

Voce tariffa _____ Note _____

Nazione _____ Comune _____

Provincia _____ Cap _____ Istat _____ Asl _____

Telefono della sede legale _____ Indirizzo della sede legale _____

Email _____ Pec della sede legale comunicato al Registro imprese _____

Unità produttiva in cui opera abitualmente il lavoratore _____

Nazione _____ Comune _____

Provincia _____ Cap _____ Istat _____ Asl _____

Indirizzo dell'unità produttiva in cui opera abitualmente il lavoratore _____

Telefono dell'unità produttiva _____ Email dell'unità produttiva _____ Pec dell'unità produttiva _____

Reparto ufficio o cantiere in cui opera abitualmente il lavoratore _____

Lavorazione svolta dall'azienda/amministrazione _____

SEZIONE LAVORATORE

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____ Stato di nascita _____

Cittadinanza _____ Sesso ☐ F ☐ M Stato civile _____

Comune di nascita _____ Provincia _____ Data di nascita (GG/MM/AAAA) _____

Indirizzo di residenza (via, piazza, ecc.. e numero civico) _____

Nazione _____ Comune _____

Provincia _____ Cap _____ Istat _____ Asl _____

Indirizzo di domicilio (via, piazza, ecc.. e numero civico) (solo se diverso da quello di residenza) _____

Nazione _____ Comune _____

Provincia _____ Cap _____ Istat _____ Asl _____

Da compilare solo in caso di consenso del lavoratore a comunicare i propri dati personali all'Inail

Recapito telefonico _____

Secondo recapito telefonico _____ ☐ Dati non disponibili

Email _____ Pec _____

Studente ☐ Si ☐ No

Tipologia di lavoratore _____ Tipologia di contratto _____

Data assunzione il (GG/MM/AAAA) _____ Data fine rapporto di lavoro il (GG/MM/AAAA) _____

CCNL - Settore lavorativo CNEL _____ CCNL - Categoria CNEL _____

Qualifica assicurativa _____

Voce professionale _____

SEZIONE DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO
L'incidento è avvenuto

Luogo dell'evento

Indirizzo

Nazione

Comune

Provincia

Cap

Istat

Asl

Attività svolta in cantiere (lavori edili o di ingegneria civile) ☐ Sì ☐ No

☐ Infortunio in itinere

☐ Incidente con mezzo di trasporto

☐ Incidente stradale

☐ Incidente ferroviario

☐ Incidente aereo

☐ Incidente navale

☐ Altro

Data evento
(GG/MM/AAAA)

Alle ore
(HH:MM)

Durante quale ora di
lavoro (1°, 2°, ecc..)

Giorno festivo
☐ Sì ☐ No

Durante il turno di notte
☐ Sì ☐ No

Presso altre aziende

Codice fiscale

Denominazione ragione sociale

☐ Sì ☐ No

In regime di appalto, subappalto o altra forma di lavoro per conto di terzi ☐

DATI CERTIFICATO MEDICO DA CUI SCATURISCE L'OBLIGO DI COMUNICAZIONE AI SENSI DELL'ART. 18, C. 1, LETT. R, D.LGS. 81/2008

Identificativo certificato

Data di rilascio (GG/MM/AAAA)

Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del
certificato medico dal lavoratore (GG/MM/AAAA)

Periodo di prognosi
Dal (GG/MM/AAAA) Al (GG/MM/AAAA)

Descrizione dell'incidento:

In che modo è avvenuto l'incidento?

In particolare:

Dove è avvenuto l'incidento?

Che tipo di lavorazione stava svolgendo?

Era il suo lavoro consueto? ☐ Sì ☐ No

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

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

In conseguenza di ciò che cosa è avvenuto?

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

Sede della lesione

Natura della lesione

FIRMA-AUTOCERTIFICAZIONE

Dichiarazione sostitutiva ai sensi del d.p.r. n. 445/2000
IL SOTTOSCRITTO

☐ Datore di lavoro

☐ Delegato/incaricato del datore di lavoro

☐ Mandatario del datore di lavoro

Cognome

Nome

Codice fiscale

Nato a

II (GG/MM/AAAA)

Indirizzo

Comune

Provincia

Cap

Email

Pec

Telefono

DICHIARA

- di rendere la presente Comunicazione di infortunio ai sensi del t.u. Sicurezza (d.lgs. n. 81/2008) 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;
- di essere il titolare del trattamento dei dati, forniti nel rispetto della normativa sul diritto alla privacy (d.lgs. 196/2003), 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 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 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

Firma

Comunicazione Obbligatoria Unificato URG

Manuale d'uso

Versione: 1.1

Data di aggiornamento: 20 gennaio 2023

INDICE

1. INTRODUZIONE	3
2. ACCESSO AL SISTEMA	4
3. IL MODULO UNIURG	5
3.1 Le Sezioni.....	6
3.1.1 Sezione: Datore di lavoro.....	6
3.1.2 Sezione: Lavoratore	7
3.1.3 Sezione: Inizio rapporto di lavoro	7
3.1.4 Sezione: Dati di invio.....	8
4. RICERCA COMUNICAZIONI.....	9
5. RICHIEDERE ASSISTENZA.....	11

1. INTRODUZIONE

Il presente manuale rappresenta un supporto all'utilizzo del modello telematico "Unificato URG", da utilizzare nei casi previsti dalla normativa vigente, che permette di effettuare la comunicazione di assunzione sintetica d'urgenza, in sostituzione del servizio Fax Server con cui era possibile inviare la comunicazione d'urgenza in forma cartacea, in caso di non corretto funzionamento del servizio informatico CO.

L'Unificato URG è il modulo informatico mediante il quale tutti i datori di lavoro pubblici e privati, di qualsiasi settore, a eccezione delle agenzie per il lavoro relativamente ai rapporti di somministrazione, adempiono all'obbligo di comunicazione di assunzione dei lavoratori, effettuate in casi di urgenza connesse al non corretto funzionamento del servizio informatico.

2. ACCESSO AL SISTEMA

Per accedere al sistema “UNIFICATO URG” è necessario collegarsi al seguente link <https://couniurg.lavoro.gov.it>. L’accesso è consentito con credenziali **SPID** o **CIE** (Carta d’Identità Elettronica), riservate ai cittadini italiani. Per effettuare l’accesso cliccare sui box dedicati “**Entra con SPID**” o “**Entra con CIE**”, quindi procedere con l’autenticazione.



Benvenuto/a nella procedura informatica **COUniUrg** riservata all'invio della comunicazione sintetica d'urgenza (UniURG)

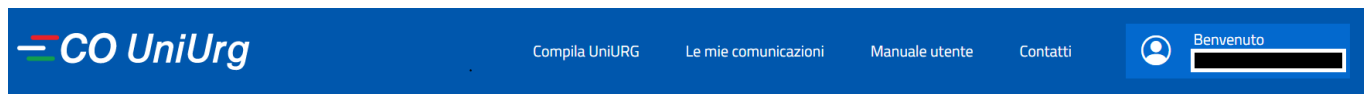
Il modello Unificato URG è il modulo mediante il quale tutti i datori di lavoro pubblici e privati, di qualsiasi settore, ad eccezione delle agenzie per il lavoro relativamente ai rapporti di somministrazione, adempiono all'obbligo di comunicazione di assunzione dei lavoratori, in casi di urgenza connesse al non corretto funzionamento del servizio informatico. Resta fermo l'obbligo di invio della comunicazione ordinaria nel primo giorno utile successivo.

La nuova procedura web permette di effettuare la comunicazione di assunzione sintetica d'urgenza in caso di non corretto funzionamento dei sistemi, attraverso la compilazione di un modulo che sostituisce definitivamente il servizio "Fax Service" con cui era possibile inviare la comunicazione d'urgenza in forma cartacea.

Oltre che compilare il form online contenente il modulo informatico, con il nuovo applicativo è possibile anche effettuare una ricerca tra le comunicazioni già effettuate, se presenti.

A partire dal 6 aprile 2022, con la messa in esercizio del nuovo applicativo, non sarà più accettata alcuna comunicazione sintetica d'urgenza fatta pervenire attraverso la numerazione fax.

Successivamente, verrà visualizzata la welcome page con un menu, composto da diverse voci:



In dettaglio:

1. **Compila UniURG:** la sezione permette di accedere alla compilazione del modulo UniURG.
2. **Le mie comunicazioni:** la sezione permette di visualizzare le comunicazioni UniURG inviate con l’accesso in uso.
3. **Manuale utente:** la sezione permette di visualizzare il manuale utente dedicato.
4. **Contatti:** la sezione rimanda al servizio di assistenza dedicato (<https://www.urponline.lavoro.gov.it/s/crea-case?language=it>)

3. IL MODULO UNIURG

È il modulo informatico mediante il quale tutti i datori di lavoro pubblici e privati, di qualsiasi settore, a eccezione delle agenzie per il lavoro relativamente ai rapporti di somministrazione, adempiono all'obbligo di comunicazione di assunzione dei lavoratori, effettuata in casi di urgenza, connesse al non corretto funzionamento del servizio informatico, fermo restando l'obbligo di invio della comunicazione entro il primo giorno utile.



Per accedere al modulo UniURG cliccare su **“Compila UniURG”**.

Successivamente, cliccare su **“Invia una nuova comunicazione UniURG”**.

Invia una nuova comunicazione UniURG

Il sistema mostrerà la pagina con la **“Autodichiarazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000”**.

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEL D.P.R. n. 445/2000

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dagli articoli 75 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica del 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modifiche e integrazioni, sotto la propria responsabilità DICHIARA di essere titolato ad operare, ai sensi della vigente normativa, all'invio delle Comunicazioni Obbligatorie Unificato URG (modello UniUrg).

Accetto

(*) - Dichiarazione presentata per via telematica in accordo con l'art. 65 comma 1 lettera b) del Dlgs 7 marzo 2005, n.82 - Codice dell'Amministrazione Digitale

Per procedere e visualizzare il modulo UniURG cliccare su **“Accetto”** in fondo alla pagina.

3.1 Le Sezioni

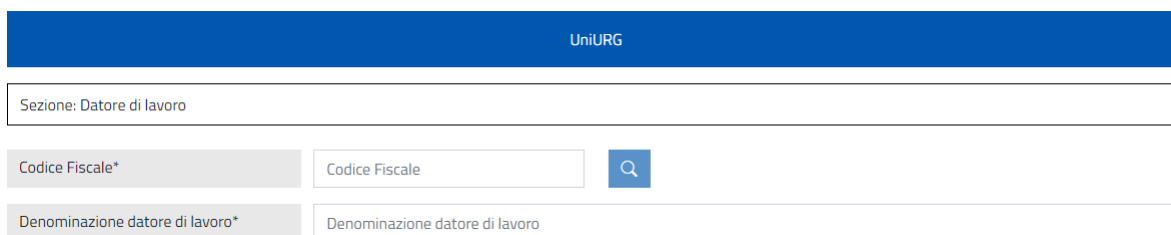
Il modulo UniURG si compone di quattro sezioni, tutte da compilare obbligatoriamente.

In dettaglio:

- Sezione: Datore di lavoro
- Sezione: Lavoratore
- Sezione: Inizio rapporto di lavoro
- Sezione: Dati di invio

3.1.1 Sezione: Datore di lavoro

In questa sezione vengono indicati i dati identificativi essenziali del datore di lavoro che instaura il rapporto di lavoro.



The screenshot shows the UniURG web interface. At the top is a blue header bar with the text 'UniURG'. Below the header is a white box containing the text 'Sezione: Datore di lavoro'. Underneath this box are two input fields. The first field is labeled 'Codice Fiscale*' and contains the text 'Codice Fiscale'. To the right of this field is a blue button with a white magnifying glass icon. The second field is labeled 'Denominazione datore di lavoro*' and contains the text 'Denominazione datore di lavoro'.

I campi da compilare sono:

- **Codice Fiscale***: inserire il codice fiscale numerico a 11 cifre. Le ditte individuali e i professionisti inseriscono il proprio codice fiscale alfanumerico a 16 cifre. È possibile inserire il codice fiscale del datore di lavoro e poi cliccare sull'icona ; nel caso in cui i relativi dati siano già presenti nel sistema, gli altri campi verranno precompilati automaticamente. È comunque possibile indicare manualmente la denominazione desiderata (senza cliccare sull'icona).
- **Denominazione datore di lavoro***: inserire la ragione sociale del datore di lavoro, ovvero il cognome e il nome, in caso di ditta individuale. Nel caso in cui il codice fiscale del datore di lavoro fosse individuato dal sistema, il campo sarà precompilato. In alternativa sarà necessario compilare tale campo.

3.1.2 Sezione: Lavoratore

In questa sezione vengono indicati i dati identificativi essenziali del lavoratore.

Sezione: Lavoratore			
Codice Fiscale*	Codice Fiscale		
Cognome*	Cognome	Nome*	Nome

I campi da compilare sono:

- **Codice Fiscale***: si inserisce il codice fiscale del lavoratore. Nel caso di codice fiscale provvisorio, esso sarà composto da 11 caratteri numerici. Inserendo il valore di riferimento e cliccando sull'icona , i restanti campi verranno precompilati dal sistema, se i relativi dati sono già presenti nel sistema stesso.
- **Cognome***: indicare il cognome del lavoratore.
- **Nome***: indicare il nome del lavoratore.

3.1.3 Sezione: Inizio rapporto di lavoro

In questa sezione viene indicata la data di inizio del rapporto di lavoro.

Sezione: Inizio rapporto di lavoro	
Data inizio *	gg/mm/aaaa 

I campi da compilare sono:

- **Data inizio ***: inserire la data di inizio del rapporto di lavoro. Per facilitare l'operazione è possibile cliccare sull'icona , poi selezionare la data di riferimento.

3.1.4 Sezione: Dati di invio

In questa sezione vengono indicati i dati del soggetto obbligato o abilitato che effettua la comunicazione, e le informazioni relative al tipo di comunicazione.

Sezione: Dati di invio	
Motivo dell'urgenza*	Motivo dell'urgenza
Soggetto che effettua la comunicazione (se diverso dal datore di lavoro)	Datore di lavoro
E-mail del soggetto che effettua la comunicazione*	E-mail
Salva	

I campi da compilare sono:

- **Motivo dell'urgenza***: indicare il motivo che giustifica la comunicazione d'urgenza.
- **Soggetto che effettua la comunicazione (se diverso dal datore di lavoro)**: il campo è compilato in automatico con la voce "Datore di lavoro". Se il soggetto che effettua la comunicazione è diverso dal datore di lavoro, selezionare la voce di proprio interesse tra quelle disponibili nel menu a tendina. **N.B.:** selezionando una voce diversa da "Datore di lavoro" comparirà anche il campo "**Codice fiscale del soggetto che effettua la comunicazione***" da valorizzare con il codice fiscale del soggetto che sta eseguendo la comunicazione.

Codice fiscale del soggetto che effettua la comunicazione *

Codice Fiscale

- **E-mail del soggetto che effettua la comunicazione***: inserire l'indirizzo e-mail del soggetto che sta effettuando la comunicazione.

Per procedere cliccare sul pulsante "**Salva**"; si visualizzeranno i pulsanti di seguito.

Attenzione: per l'invio della Comunicazione Obbligatoria ed adempiere agli obblighi di comunicazione, premere il pulsante "Invia per assolvere l'Obbligo di Comunicazione".

Modifica

Invia per assolvere l'Obbligo di Comunicazione

Per tornare in compilazione del modulo, cliccare su "**Modifica**".

Per procedere con l'invio cliccare su "**Invia per assolvere l'Obbligo di Comunicazione**".

In seguito all’invio il sistema informerà del buon esito dell’operazione.

La nuova comunicazione è stata salvata con successo.

Ora puoi visualizzarla cliccando su "Visualizza dettaglio" o scaricarla in formato .pdf cliccando su "Scarica PDF".

Visualizza Dettaglio

Scarica PDF

Cliccando su “**Visualizza Dettaglio**” è possibile accedere ai dettagli del modulo UniURG inviato.

Cliccando su “**Scarica PDF**” è possibile visualizzare la ricevuta in formato PDF, con i dettagli dell’invio e il Codice comunicazione, rilasciato dal servizio informatico e assegnato automaticamente dal sistema.

4. RICERCA COMUNICAZIONI

La voce di menu “**Le mie comunicazioni**” permette di visualizzare le comunicazioni inviate con l’accesso in uso.

Le mie comunicazioni

Codice Fiscale Datore	Codice Fiscale Lavoratore	Da	A
Codice Fiscale Datore	Codice Fiscale Lavoratore	gg/mm/aaaa	gg/mm/aaaa
Cerca			

Il sistema permette di visualizzare le comunicazioni inviate, anche senza valorizzare alcun filtro.

È possibile affinare la ricerca attraverso i filtri disponibili:

1. **Codice Fiscale Datore:** inserire il codice fiscale del datore di lavoro per cui è stata inviata la comunicazione.
2. **Codice Fiscale Lavoratore:** inserire il codice fiscale del lavoratore per cui è stata inviata la comunicazione.
3. **Da - A:** inserire il periodo temporale di riferimento della comunicazione che si desidera ricercare.

Per avviare la ricerca cliccare sul pulsante “**Cerca**”.

Effettuata la ricerca di comunicazioni inviate, sarà possibile – tramite il pulsante Visualizza dettaglio - visualizzarne il dettaglio o – tramite il pulsante Scarica PDF - scaricare la ricevuta in formato PDF.

Le comunicazioni individuate verranno visualizzate come di seguito:

Le mie comunicazioni

Codice Fiscale Datore	Codice Fiscale Lavoratore	Da	A
Codice Fiscale Datore	Codice Fiscale Lavoratore	gg/mm/aaaa	gg/mm/aaaa

Cerca

Data/ora invio:31/01/2022 10:54

Datore di Lavoro	Lavoratore
Codice Fiscale: Codice Fiscale Datore	Codice Fiscale: Codice Fiscale Lavoratore
Azienda: TEST 1.2 CO UNIURG	Nome Cognome: Nome Cognome

[Visualizza Dettaglio](#) [Scarica PDF](#)

Data/ora invio:31/01/2022 10:45

Datore di Lavoro	Lavoratore
Codice Fiscale: Codice Fiscale Datore	Codice Fiscale: Codice Fiscale Lavoratore
Azienda: TEST 1.1 CO UNIURG	Nome Cognome: Nome Cognome

[Visualizza Dettaglio](#) [Scarica PDF](#)

Data/ora invio:26/01/2022 16:33

Il pulsante “**Visualizza Dettaglio**” permette di visualizzare i dettagli della comunicazione inviata.

Il pulsante “**Scarica PDF**” permette di scaricare la ricevuta PDF della comunicazione inviata.

5. RICHIEDERE ASSISTENZA

Il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali mette a disposizione degli utenti l'URP Online (<https://www.urponline.lavoro.gov.it>), un canale di comunicazione interattivo pensato per semplificare l'accesso ai servizi offerti e garantire un'informazione corretta e trasparente attraverso delle FAQ in merito all'attività amministrativa svolta dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali.

Per ogni tipo di esigenza, sia di natura tecnica sia di natura più strettamente normativo/procedurale, o anche solo per richiedere informazioni per l'accesso all'applicazione, è possibile contattare l'URP online tramite il link <https://urponline.lavoro.gov.it/s/crea-case>

Si dovrà valorizzare il campo Categoria con la voce "Comunicazioni Telematiche" e il campo Sottocategoria con la voce "Comunicazioni Obbligatorie - Quesiti".

FINE DEL DOCUMENTO