

```
//<![CDATA[ var _tag=new WebTrends(); _tag.dcsGetId(); //]]>  
//<![CDATA[ _tag.dcsCustom=function() { // Add custom parameters here. // _tag.DCSext.param_name=param_value;  
_tag.trackAllEvents=false; } _tag.dcsCollect(); //]]>
```

INAILISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

INAIL, Istituto Nazionale Assicurazione sul Lavoro

Home
Normativa e atti ufficiali
INAIL
Istruzioni Operative
2013
22 gennaio 2013

22 gennaio 2013

Direzione Centrale Prestazioni
Ufficio I

Prot. Inail 60002.22/01/2013.0000725

ALLE STRUTTURE CENTRALI E TERRITORIALI

Oggetto: Nuova denuncia/comunicazione di infortunio in via telematica. Adozione del nuovo modulo unificato.

Il testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro

1
ha previsto, alla scadenza di sei mesi dall'emanazione del decreto interministeriale per la costituzione del S.I.N.P.

2
, l'obbligo da parte dei datori di lavoro

3
di:

trasmettere per via telematica all'Inail la comunicazione a fini statistici ed informativi di tutti gli infortuni sul lavoro che comportino un'assenza di almeno un giorno, escluso quello dell'evento, entro 48 ore a decorrere dalla ricezione del certificato medico;

trasmettere per via telematica all'Inail la denuncia a fini assicurativi

4
degli infortuni che comportino un'assenza dal lavoro superiore a tre giorni, entro 48 ore a decorrere dalla ricezione del certificato medico.

L'assolvimento dell'obbligo di comunicazione avviene tramite la denuncia assicurativa per gli infortuni sul lavoro con prognosi superiore a tre giorni. La norma in questione si inserisce pienamente in una logica di semplificazione degli adempimenti a carico del datore di lavoro, nonché di semplificazione dell'azione amministrativa.

Tale obbligo è stato successivamente rafforzato dal d.p.c.m. 22 luglio 2011

5
, il quale stabilisce all'art. 1 che, "a decorrere dal 1° luglio 2013, la presentazione di istanze, dichiarazioni, dati e lo scambio di informazioni e documenti, anche a fini statistici, tra le imprese e le amministrazioni pubbliche avviene esclusivamente in via telematica".

In attuazione delle disposizioni sopra richiamate ed in conformità con il contenuto della determina del Commissario Straordinario dell'Istituto

6
, recante l'elenco dei servizi da mettere a disposizione di tutti i datori di lavoro esclusivamente con modalità telematiche entro il 1° luglio 2013, saranno rilasciate gradualmente in produzione le nuove procedure di denuncia/comunicazione di infortunio e di malattia professionale

7
in via telematica, accessibili dal portale dell'Istituto (Punto Cliente).

Alla data del 1° luglio 2013 l'invio telematico sarà obbligatorio, oltre che per i datori di lavoro titolari di posizione assicurativa presso l'Istituto già abilitati attualmente, anche per le pubbliche amministrazioni assicurate con la speciale forma della gestione per conto dello Stato

8
, per gli imprenditori agricoli, nonché per i privati cittadini (in qualità di datori di lavoro di collaboratori domestici, badanti o lavoratori che effettuano prestazioni occasionali di tipo accessorio).

Le modifiche alla procedura di denuncia/comunicazione di infortunio in via telematica hanno comportato altrettanti adeguamenti della

procedura informatica per la trattazione degli eventi lesivi (GRAIWEB). Tale revisione è stata peraltro l'occasione per effettuare ulteriori interventi di aggiornamento della stessa procedura, necessari per rendere più agevole e tempestiva l'istruttoria dei casi denunciati.

Gli interventi sono sostanzialmente finalizzati a:

- consentire gradualmente l'utilizzo esclusivo della modalità telematica per la corrispondenza con i datori di lavoro e, ove possibile, anche per quella con i lavoratori (acquisendo in via sistematica gli indirizzi di posta elettronica ordinaria e certificata per i primi e in via facoltativa per i secondi);
- ricepire in modo strutturato direttamente dal datore di lavoro informazioni aggiuntive, attinenti sia lo specifico rapporto assicurativo in essere (tipo polizza e voce di tariffa), sia l'eventuale utilizzo di forme contrattuali di lavoro introdotte o rivisitate di recente dal legislatore (ad esempio, con la previsione di una apposita evidenza per gli eventi lesivi occorsi a lavoratori occasionali di tipo accessorio);
- sistemizzare, in linea con le recenti disposizioni in materia di tracciabilità dei pagamenti effettuati dalle pubbliche amministrazioni⁹, le opzioni a disposizione del datore di lavoro per le modalità di rimborso delle somme erogate da quest'ultimo a titolo di anticipazione ai propri dipendenti infortunati, della indennità per inabilità temporanea assoluta, ai sensi dell'art. 70 del t. u. infortuni (ad esempio, con l'inserimento del campo relativo al codice IBAN);
- acquisire i dati finalizzati alla gestione del rapporto assicurativo secondo linguaggi e codifiche omogenee con quelle utilizzate all'esterno. A tal fine sono state adottate le classificazioni predisposte dall'ISTAT (voce professionale), dal CNEL (settore lavorativo e categoria) e dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (tipologia di lavoratore);
- introdurre in fase di denuncia il concetto di unità produttiva¹⁰, quale sede di lavoro abituale del lavoratore (definita come lo "stabilimento o struttura finalizzati alla produzione di beni o all'erogazione di servizi, dotati di autonomia finanziaria e tecnico funzionale"); lo stesso concetto viene utilizzato anche ai fini della implementazione del costituendo Registro infortuni aziendale telematico¹¹;
- acquisire informazioni sui fenomeni infortunistici e tecnopatici finalizzate a verifiche sulla frequenza di manifestazione degli eventi lesivi, in una ottica di studio e prevenzione dei rischi in ambiente di lavoro (ad esempio, al fine di identificare gli infortuni occorsi durante lo svolgimento di attività per conto terzi in regime di appalto, subappalto o altra forma di esternalizzazione);
- integrare le informazioni riguardanti il luogo dell'evento ed introdurre, a fini statistici, specifici indicatori in relazione agli infortuni occorsi con un mezzo di trasporto.

Contestualmente alle predette modifiche si è proceduto alla rivisitazione del modulo cartaceo di denuncia/comunicazione di infortunio (modello 4 bis Prest. all. 1), utilizzabile fino al 30 giugno 2013 e delle relative istruzioni alla compilazione (all. 2). La nuova formulazione dello stesso (sostitutivo dei moduli ora in uso, modelli 4 Prest.

¹²
e 117 Prest.

¹³
) , consente già di apprezzare le innovazioni sopra descritte.

Il modulo integrato sarà scaricabile dal sito
www.inail.it

- Assicurazione - Modulistica - Download dei modelli, contestualmente al rilascio della nuova applicazione informatica.

Unitamente alle attività sopra delineate, questa direzione, in collaborazione con le strutture centrali interessate, ha posto in essere specifiche iniziative a sostegno dell'attivazione del progetto. Nei riguardi delle unità territoriali, è stata realizzata una videoconferenza divulgativa e uno specifico evento formativo propedeutico ad ulteriori interventi a "cascata". Una ulteriore iniziativa è stata rivolta anche agli operatori del Contact Center Multicanale. Sono stati altresì realizzati, appositi incontri a carattere informativo con il coinvolgimento delle associazioni di categoria datoriali e degli ordini professionali.

L'obbligo esclusivo dal 1° luglio 2013 della trasmissione per via telematica delle denunce di infortunio a fini assicurativi e statistici riguarda anche l'utenza del Settore navigazione, come previsto dalle citate determinazioni del Commissario Straordinario dell'Istituto; per tale utenza il servizio è comunque già disponibile sul portale dell'Istituto, nella sezione navigazione marittima.

Nelle more del completamento del processo di integrazione, l'utenza del Settore navigazione continuerà ad utilizzare, per gli adempimenti in questione, gli appositi servizi telematici dedicati e la modulistica di riferimento, scaricabile dal sito Inail - Navigazione marittima - Circolari e moduli. Tali strumenti saranno gradualmente uniformati agli standard sopra indicati, compatibilmente con le esigenze imposte dalla integrazione dei sistemi informatici.

IL DIRETTORE CENTRALE
f.to dr. Luigi Sorrentini

Allegato 1 - Mod. 4 bis Prest.

Allegato 2 - Istruzioni per la compilazione

Note:

- 1- Decreto legislativo n. 81/2008 e successive modificazioni.
- 2- Sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro (art.8 del citato decreto legislativo).
- 3- Art.18, lett. r) del citato decreto legislativo.
- 4- Art. 53 del testo unico infortuni (d.p.r. n. 1124/1965).
- 5- Decreto del presidente del consiglio dei ministri 22 luglio 2011: "Comunicazioni con strumenti informatici tra imprese e amministrazioni pubbliche, ai sensi dell'articolo 5-bis del Codice dell'amministrazione digitale, di cui al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 e successive modificazioni".
- 6- Determina C.S. n. 216 del 5 luglio 2012: "Utilizzo esclusivo dei servizi telematici dell'Inail per le comunicazioni con le imprese - Programma di informatizzazione delle comunicazioni con le imprese ai sensi dell'art. 2, comma 3, del d.p.c.m. 22 luglio 2011".
- 7- Inclusa la denuncia di silicosi e asbestosi.
- 8- Ai sensi dell'art. 127 del t.u. n. 1124/1965 e del successivo decreto ministeriale 10 ottobre 1985, recante "Regolamentazione della gestione per conto dello Stato della assicurazione contro gli infortuni dei dipendenti statali attuata dall'Inail". Cfr. anche la circolare Inail n. 20 del 1° aprile 1987.
- 9- Art.12, comma 2, legge n. 214/2011 e s.m.i., che ha introdotto l'obbligo per le pubbliche amministrazioni di utilizzare strumenti di pagamento elettronici, disponibili presso il sistema bancario o postale, ivi comprese le carte di pagamento prepagate e le carte di cui all'art. 4 decreto legge n. 78/2010, convertito in legge n. 122/2010, per la corresponsione di stipendi, pensioni, compensi ed emolumenti di importo superiore ai 1.000 euro.
- 10- Art. 2, lettera b, d. l. n. 81/2008.
- 11- Art. 53, c. 6, decreto legislativo n. 81/2008
- 12- Denuncia di infortunio
- 13- Denuncia di infortunio di addetti a servizi domestici e a servizi di riassetto e pulizia locali

```
<!-- document.write('<p id="funzionipagina"><a href="javascript:stampaPagina()" title="stampa la pagina che stai visualizzando" id="stampa">stampa pagina</a>&nbsp; <a id="inviapagina" href="mailto:?subject=Portale%20INAIL%20-%20invia%20questa%20pagina&amp;body=http://www.inail.it:80/Portale/appmanager/portale/desktop?_nfpb=true%26_pageLabel=PAGE_NORMATIVA%26nextPage=INAIL/Istruzioni_Operative/2013/info1712009727.jsp" title="invia questa pagina ad un amico">invia questa pagina</a>&nbsp; <a href="#"#testata" id="su" title="torna all'inizio di questa pagina">vai a inizio pagina</a>'); -->
```

Informazioni generali sul sito Note legali - Privacy - URP - Responsabile della pubblicazione - Avviso all'utenza -

Copyright © 2008 INAIL - Partita IVA 00968951004

  Torna alla navigazione interna

DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

(art. 53, d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 - art. 18, comma 1, lettera r, d.lgs. 09/04/2008 n. 81)

INAIL

TIMBRO DI ARRIVO

Data di spedizione (GG/MM/AAAA)

/ /

Alla Sede INAIL

RICEVUTA DI AVVENUTA PRESENTAZIONE DELLA DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

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

AUTORITÀ D.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 _____

SEZIONE LAVORATORE

Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale _____ Stato di nascita _____ Cittadinanza _____ Sesso _____ Stato civile (1) _____
Comune di nascita _____ Prov. _____ Data di nascita (GG/MM/AAAA) _____ Data decesso (GG/MM/AAAA) _____
Indirizzo di RESIDENZA (via, piazza ecc... e numero civico) _____
Nazione _____ Comune _____ Prov. _____ CAP _____ ISTAT _____ ASL _____
Indirizzo di DOMICILIO (via, piazza ecc... e numero civico) (compilare solo se diverso da quello di residenza) _____
Nazione _____ Comune _____ Prov. _____ CAP _____ ISTAT _____ ASL _____
Prefisso internazionale _____ Telefono abitazione _____ Prefisso internazionale _____ Telefono Cellulare _____
Indirizzo E-MAIL _____ Indirizzo PEC _____
Da indicare 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.

Studente SI NO Parente del datore di lavoro SI NO Persone a carico SI NO Tutela INPS in caso di malattia comune SI NO

Tipologia di lavoratore (2) _____
Tipologia di contratto (3) _____ Data assunzione (GG/MM/AAAA) _____ Data fine rapporto di lavoro (GG/MM/AAAA) _____
CCNL - Settore lavorativo CNEL (4) _____ CCNL - Categoria CNEL (5) _____
Qualifica assicurativa (6) _____
Voce Professionale ISTAT (7) _____

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 (8) _____

Tipo polizza (9) _____ Voce di tariffa (10) _____

PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI IN SPECIALE GESTIONE PER CONTO DELLO STATO

Codice Fiscale _____ Denominazione Amministrazione _____

Cod. Amm.ne _____ Descrizione Amministrazione _____ Cod. Ministero _____ Descrizione Ministero _____

AGRICOLTURA

Codice Fiscale _____ Cognome e nome o ragione sociale _____

Matricola INPS/Codice CIDA _____

SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ Codice INPS _____

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

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

INDIRIZZO (via, piazza ecc... e numero civico)

Nazione _____ Comune _____ Prov. _____ CAP _____ ISTAT _____ ASL _____

Prefisso internazionale _____ Telefono _____ Indirizzo E-MAIL _____ Indirizzo PEC _____

UNITA' PRODUTTIVA in cui opera abitualmente il lavoratore _____ Numero Registro Infortuni Aziendale _____

Indirizzo dell'unità produttiva in cui opera abitualmente il lavoratore (via, piazza ecc... e numero civico)

Nazione _____ Comune _____ Prov. _____ CAP _____ ISTAT _____ ASL _____

Prefisso internazionale _____ Telefono _____ Indirizzo E-MAIL _____ Indirizzo PEC _____

Indirizzo per l'invio della **CORRISPONDENZA** [provvedimenti, atti istruttori, assegni relativi alla pratica di infortunio] (via, piazza ecc... e numero civico)

Nazione _____ Comune _____ Prov. _____ CAP _____ ISTAT _____

Indirizzo E-MAIL _____ Indirizzo PEC _____

Reparto, ufficio o cantiere in cui abitualmente opera il lavoratore _____ Lavorazione svolta dall'azienda/amministrazione (per le aziende agricole v. nota 11) _____

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

SE IL DATORE DI LAVORO HA OTTENUTO DA PARTE DELL'INAIL L'AUTORIZZAZIONE AD ANTICIPARE LE INDENNITA' DI INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA AI SENSI DELL'ART. 70 D.P.R. 1124/65, IL RIMBORSO POTRA' AVVENIRE CON:

assegno circolare
(valida solo per importi non superiori a mille euro ai sensi dell'art. 12 comma 2, legge n. 214/2011. L'assegno sarà inoltrato all'indirizzo per l'invio della corrispondenza)

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

Codice IBAN _____

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO:

Luogo dell'evento

Indirizzo (via, piazza ecc... e 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

Alle ore (HH/MM)

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

Durante il turno di notte

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

Alle ore (HH/MM)

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, perché?

DATI CERTIFICATI MEDICI DA CUI SCATURISCE L'OBBLIGO DI DENUNCIA AI SENSI DELL'ART. 53, D.P.R. 30/06/1965 N. 1124

PRIMO CERTIFICATO MEDICO

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

GG / MM / AAAA

Prognosi riservata

Malattia infortunio (12)

Periodo di prognosi

Data dal (GG/MM/AAAA)

Data al (GG/MM/AAAA)

/ /

/ /

CERTIFICATO MEDICO SUCCESSIVO AL PRIMO

Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto il certificato medico successivo al primo

GG / MM / AAAA

Periodo di prognosi

Data dal (GG/MM/AAAA)

Data 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 lavoro consueto?

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, che cosa è avvenuto al lavoratore?

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

Natura della lesione (13)

Sede della lesione (14)

DATI PER L'AUTORITA' DI PUBBLICA SICUREZZA (art. 54 d.p.r. 1124/65):

La lesione ha provocato la morte?

SI NO

Sembra poterla provocare?

SI NO

Sembra 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 della Direzione Territoriale del Lavoro - Servizio Ispezione del Lavoro circa la data e il luogo dell'inchiesta di cui all'art. 57 d.p.r. n. 1124/65 deve essere inviata al datore di lavoro, all'infortunato o ai suoi superstiti (indicare nome, cognome, residenza)

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI:

PRIMO TESTIMONE

Cognome		Nome		
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)		Prefisso internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	CAP	ISTAT

SECONDO TESTIMONE

Cognome		Nome		
Indirizzo (via, piazza ecc... e 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. 209/05 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 (via, piazza ecc... e numero civico)		Prefisso internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	ISTAT
DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:				
Cognome		Nome		
Ragione sociale				
Indirizzo (via, piazza ecc... e 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 (via, piazza ecc... e numero civico)		Prefisso internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	ISTAT
DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:				
Cognome		Nome		
Ragione sociale				
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)		Prefisso internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	ISTAT

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO:

SEZIONE DATI RETRIBUTIVI

LA RETRIBUZIONE (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZIANITA', ECC...) E' COMPUTATA SU BASE:

Oraria <input type="checkbox"/>	Ore settimanali <input type="checkbox"/>	Giornaliera <input type="checkbox"/>	Mensile/mensilizzata <input type="checkbox"/>	Convenzionale <input type="checkbox"/>	Convenzionale artigiana <input type="checkbox"/>	Voucher <input type="checkbox"/>	Importo <input type="text"/>	<input type="text"/>
---------------------------------	--	--------------------------------------	---	--	--	----------------------------------	------------------------------	----------------------

VARIAZIONE DELLA RETRIBUZIONE INTERVENUTA NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO:

Retribuzione oraria/mensile pari a , dal GG / MM / AAAA

ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO:

Importo lavoro straordinario <input type="text"/> , <input type="text"/>	Importo festività cadenti di domenica <input type="text"/> , <input type="text"/>	Importo prestazioni in natura, vitto e alloggio <input type="text"/> , <input type="text"/>
Importo diaria - trasferta <input type="text"/> , <input type="text"/>	Importo indennità e maggiorazioni per mensa, trasporto, lavoro notturno, festività ecc... <input type="text"/> , <input type="text"/>	Importo festività sopresse non trasformate in ferie e riposi compensativi lavorati <input type="text"/> , <input type="text"/>

ELEMENTI AGGIUNTIVI A BASE ANNUALE:

Tredicesima mensilità <input type="text"/> in % <input type="text"/>	oppure	Importo <input type="text"/> , <input type="text"/>	Ferie, festività e riposi compensativi trasformati in ferie <input type="text"/> in % <input type="text"/> oppure <input type="text"/> giorni
Premio di produzione <input type="text"/> in % <input type="text"/>	oppure	Importo <input type="text"/> , <input type="text"/>	Maggiorazione omnicomprensiva in edilizia, agricoltura ecc... <input type="text"/> in % <input type="text"/>
Altre mensilità aggiuntive <input type="text"/> in % <input type="text"/>	oppure	Importo <input type="text"/> , <input type="text"/>	

DATI RETRIBUTIVI SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI:

Datore di lavoro che effettua la denuncia Durata normale della settimana di lavoro (n. ore) Retribuzione convenzionale oraria ,

INFORMAZIONI DA RICHIEDERE AL LAVORATORE:

Altro datore di lavoro <input type="text"/>	Ore settimanali <input type="text"/>	Retribuzione oraria <input type="text"/> , <input type="text"/>	Altro datore di lavoro <input type="text"/>	Ore settimanali <input type="text"/>	Retribuzione oraria <input type="text"/> , <input type="text"/>
Altro datore di lavoro <input type="text"/>	Ore settimanali <input type="text"/>	Retribuzione oraria <input type="text"/> , <input type="text"/>	Altro datore di lavoro <input type="text"/>	Ore settimanali <input type="text"/>	Retribuzione oraria <input type="text"/> , <input type="text"/>

Dichiarazione sostitutiva ai sensi del d.p.r. n. 445/2000 e s.m.i.

IL SOTTOSCRITTO

Datore di lavoro Mandatario del Datore di lavoro

Cognome Nome

Codice Fiscale Nato a II (GG/MM/AAAA) / /

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

Nazione Comune Prov. CAP ISTAT

Prefixo estero Telefono Indirizzo E-MAIL Indirizzo PEC

DICHIARA

di rendere la presente denuncia/comunicazione di infortunio ai sensi del t.u. Infortuni (d.p.r. n. 1124/65 e s.m.i.) e del t.u. Sicurezza (d.lgs. n. 81/08 e s.m.i.) in qualità di datore di lavoro dell'infortunato o su mandato dello stesso (che si impegna ad esibire su richiesta dell'INAIL), conferito per lo svolgimento degli adempimenti nei confronti dell'Istituto ai sensi delle disposizioni sopra citate, nonché per la sottoscrizione del presente documento;

di essere il titolare, ovvero il soggetto in possesso di delega rilasciata dal datore di lavoro, al trattamento di tutti i dati forniti, nel rispetto della normativa sul diritto alla privacy (d.lgs. 196/2003 e s.m.i.), delega che si impegna ad esibire su richiesta dell'Istituto;

consapevole delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro in caso di denuncia/comunicazione infedele, che i dati forniti con il presente documento, composto di n. 5 pagine, compresa la presente, sono rispondenti a verità.

Allegati n. :

NOTE

DATA / / TIMBRO E FIRMA

FIRMA - AUTOCERTIFICAZIONE

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.

A decorrere dal 1° luglio 2013 la denuncia/comunicazione di infortunio deve essere trasmessa all'Inail esclusivamente in via telematica.

Il presente modulo sostituisce tutti quelli in uso per la denuncia degli infortuni all'Inail ed è scaricabile dal sito www.inail.it – Assicurazione – Modulistica – Download dei modelli.

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

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 del certificato medico.

Il datore di lavoro è tenuto ad allegare copia del certificato medico qualora provveda alla denuncia/comunicazione di infortunio tramite compilazione del modulo cartaceo.

Se la prognosi si prolunga oltre il terzo giorno escluso quello dell'evento, il datore di lavoro deve inoltrare la denuncia/comunicazione entro due giorni dalla ricezione del nuovo certificato medico.

In caso di infortunio mortale o con pericolo di morte, 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. 1 e 2, d.p.r. n.1124/1965).

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 del certificato medico da parte di uno dei predetti soggetti o del medico curante entro i previsti termini, 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 del certificato medico da parte di tale lavoratore o del medico curante entro i previsti termini, ferma restando la necessità di inoltrare comunque la denuncia/comunicazione per le relative finalità assicurative.

Per gli infortuni prognosticati non guaribili entro tre giorni escluso quello dell'evento, il datore di lavoro deve inviare una copia della denuncia/comunicazione di infortunio all'Autorità locale di Pubblica Sicurezza (art. 54, d.p.r. n.1124/1965).

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); 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.

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 mancata, 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 (art. 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) 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
LAVORATORE OCCASIONALE DI TIPO 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

(2) TIPOLOGIA DI LAVORATORE AGRICOLTURA
APPRENDISTA
AUTONOMO O ASSIMILATO
COADIUVANTE FAMILIARE
DIPENDENTE O ASSIMILATO
LAVORATORE OCCASIONALE DI TIPO ACCESSORIO
PARASUBORDINATO
SOCIO

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

(4) 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

(5) CCNL - CATEGORIA CNEL
Tutti i valori presenti nella tabella CATEGORIA di: http://www.cnel.it/347?contrattazione_testo=39

(6) 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
LAVORATORE OCCASIONALE DI TIPO 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 e trasportatori di persone e di merci)
SOCIO DI COOPERATIVA E DI ALTRO TIPO DI SOCIETA' ANCHE DI FATTO (art. 4, n. 7, d.p.r. 1124/65)
SOCIO LAVORATORE (es. facchini e trasportatori di persone e di merci)
SOVRINTENDENTE (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

(6) QUALIFICA ASSICURATIVA AGRICOLTURA

AFFITTUARIO COLTIVATORE DIRETTO
BRACCIANTE AGRICOLO O GIORNALIERO DI CAMPAGNA (OTD)
COMPARTICIPANTE INDIVIDUALE O FAMILIARE
LAVORATORE OCCASIONALE DI TIPO ACCESSORIO
MEZZADRO O COLONO
CONIUGE/FIGLI/PARENTI VARI DEL MEZZADRO O COLONO
CONIUGE/FIGLI/PARENTI VARI DELL'AFFITTUARIO COLTIVATORE DIRETTO
CONIUGE/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)

(7) VOCE PROFESSIONALE ISTAT

Tutti i valori presenti ne IL NAVIGATORE DELLE PROFESSIONI da: <http://cp2011.istat.it>

(8) SETTORE ATTIVITA'

ALTRI
ARTIGIANATO
INDUSTRIA
SPECIALE
TERZIARIO

(9) TIPO POLIZZA

APPARECCHI RX
AUTONOMI ARTIGIANI
DIPENDENTI
FACCHINI
FRANTOI
INTERINALE
IPPOTRASPORTATORI
PESCATORI
PROVE D'ARTE E TCP
SCUOLE
SOSTANZE RADIOATTIVE

(10) TARIFFA DEI PREMI D.M. 12/12/2000Disponibile per la consultazione da: <http://normativo.inail.it/bdninternet/docs/dm121200.htm>**(11) 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

(12) 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:

- epatite virale contratta, ad esempio, dal personale sanitario (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 (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.

(13) 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

(14) 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
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 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