

Per i clienti che usufruiscono del servizio di consulenza del lavoro/fiscale(per aziende senza dipendenti):

- A) La denuncia di infortunio deve essere presentata all'INAIL competente dal datore di lavoro, **entro DUE GIORNI** da quello in cui il datore di lavoro ha ricevuto il primo certificato medico;
- B) La denuncia di infortunio nel caso di decesso deve essere presentata all'INAIL competente dal datore di lavoro, **entro 24 ore** dalla notifica;
- C) La denuncia di infortunio deve essere presentata, oltre che per il lavoratore subordinato anche se riguarda un lavoratore parasubordinato (collaboratori coordinati e continuativi), il titolare artigiani di ditte individuali, i collaboratori familiari e i soci.

INFORTUNIO accaduto in giornate di CHIUSURA CAF CNA :

- 1) Sabati e Domeniche (rivolgersi agli Uffici Caf Cna il lunedì successivo all'evento)
- 2) Festività Nazionali (rivolgersi agli Uffici Caf Cna il primo giorno lavorativo successivo all'evento)
- 3) Giornate di chiusura CAF CNA al di fuori di sabati, domeniche e Festività Nazionali
L'Azienda deve provvedere autonomamente ad inviare una PEC a **PADOVA@POSTACERT.INAIL.IT** : il modello cartaceo allegato "Denuncia Sintetica di Infortunio" dopo averlo compilato e scannerizzato, con allegato il certificato del Pronto Soccorso. Consegnare copia della "Denuncia Sintetica di Infortunio" con allegato il certificato del Pronto Soccorso a Caf Cna, il primo giorno successivo di apertura, in modo che si possa perfezionare la pratica.

Denuncia Sintetica di Infortunio:

- a) compilare il modello cartaceo Allegato 1) seguendo le relative istruzioni per la compilazione;
- b) i campi preceduti da ● pallino devono essere obbligatoriamente compilati

DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

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

Alla sede Inail _____

RICEVUTA DI AVVENUTA PRESENTAZIONE DELLA DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

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

AUTORITÀ DI P.S.

Timbro dell'ufficio

Si dichiara che il datore di lavoro* ha presentato all'Autorità di pubblica sicurezza

del Comune _____ prov. _____ la denuncia/comunicazione di infortunio contraddistinta dal numero

luogo _____ data (GG/MM/AAAA) _____ firma _____

Cognome _____

Nome _____

Codice fiscale _____

Stato di nascita _____

Cittadinanza _____

Sesso _____

Stato civile (1) _____

Comune di nascita _____

Prov. _____

Data di nascita (GG/MM/AAAA) _____

Data di decesso (GG/MM/AAAA) _____

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

Nazione _____

Comune _____

Prov. _____

Cap _____

Istat _____

Asl _____

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

Nazione _____

Comune _____

Prov. _____

Cap _____

Istat _____

Asl _____

Da compilare solo in caso di consenso del lavoratore a comunicare i propri dati personali all'Inail, con le modalità e per le finalità strettamente connesse alla gestione della pratica di infortunio; l'indicazione di almeno un numero di telefono potrà consentirne una più tempestiva istruttoria.

Prefisso internazionale _____

Telefono abitazione _____

Prefisso internazionale _____

Telefono cellulare _____

Indirizzo Email _____

Indirizzo Pec _____

Studente (2) _____

☐ Sì ☐ No

Parente del datore di lavoro _____

☐ Sì ☐ No

Persone a carico _____

☐ Sì ☐ No

Tutela Inps in caso di malattia comune _____

☐ Sì ☐ No

Tipologia di lavoratore (3) _____

Tipologia di contratto (4) _____

☐ Orizzontale

Percentuale di part-time _____

Articolazione dell'orario di lavoro prevista per il giorno dell'evento

Tipologia di part-time: ☐ Verticale

☐ 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

SEZIONE LAVORATORE

☐ 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:

1. Luogo dell'evento _____ Indirizzo (via, piazza,...numero civico) _____
 2. Nazione _____ Comune _____ Prov. _____ Cap _____ Istat _____ Asl _____
 3. 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
 4. 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
 5. L'infortunato ha abbandonato il lavoro (GG/MM/AAAA) _____ Alle ore _____ Il datore di lavoro ha saputo del fatto il _____ (GG/MM/AAAA)
 6. 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'OBBLIGO DI DENUNCIA ai sensi dell'art. 53, d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 e s.m.i.

PRIMO CERTIFICATO MEDICO	CERTIFICATO MEDICO SUCCESSIVO AL PRIMO
Numero identificativo certificato _____	Numero identificativo certificato _____
Data di rilascio del certificato medico _____ GG/MM/AAAA	Data di rilascio del certificato medico _____ GG/MM/AAAA
Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto il 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
Prognosi riservata ☐ Malattia infortunio (15) ☐	
Periodo di prognosi dal _____ GG/MM/AAAA al _____ GG/MM/AAAA	Periodo di prognosi dal _____ GG/MM/AAAA al _____ GG/MM/AAAA

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO:

1. In che modo è avvenuto l'infortunio? _____
IN PARTICOLARE:
 2. Dove era il lavoratore al momento dell'infortunio? _____
 3. Che tipo di lavoro stava svolgendo il lavoratore al momento dell'infortunio? _____ Era il suo consueto lavoro? ☐ Sì ☐ No
 4. Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore? _____
 5. Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? _____
 6. In conseguenza di ciò, cosa è avvenuto al lavoratore? _____ Se l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri _____
 7. 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.):

1. La lesione ha provocato la morte? ☐ Sì ☐ No Sembra poterla provocare? ☐ Sì ☐ No
 2. Sembra poter provocare un'inabilità permanente assoluta o parziale? ☐ Sì ☐ No Quanti giorni si presume che possa durare l'inabilità temporanea al lavoro? _____
 3. 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 soppresse non trasformate in ferie e riposi compensativi lavorati ,

ELEMENTI AGGIUNTIVI A BASE ANNUALE:

Tredicesima mensilità in % oppure Importo , Ferie, festività e riposi compensativi trasformati in ferie in % oppure giorni

Premio di produzione in % oppure Importo , in % 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: ,

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