

Alla cortese attenzione di tutti i clienti,

**La presente per informare che LO STUDIO RESTERÀ CHIUSO PER FERIE DAL 14/08/2024 AL 30/08/2024 COMPRESI, con riapertura Lunedì 2 settembre 2024.**

Sotto troverete la modulistica da utilizzare [nel caso si verificasse un INFORTUNIO SUL LAVORO](#) durante il periodo di chiusura dei nostri uffici.

Teniamo a precisare che la denuncia di infortunio deve essere comunicata all'INAIL, tramite l'indirizzo di posta certificata (PEC) – per l'INAIL di Verona [verona@postacert.inail.it](mailto:verona@postacert.inail.it), solo se l'evento ha durata superiore ad 1 giorno di prognosi in aggiunta al giorno dell'infortunio.

Le sedi INAIL consentono, durante il periodo feriale, che la denuncia possa essere inoltrata compilando la sezione relativa al Lavoratore, al Datore di Lavoro e alla Descrizione dell'Infortunio, tralasciando la sezione relativa ai Testimoni, ai Veicoli a Motore e ai Dati Retributivi del modulo di denuncia infortunio.

Dovrà essere inoltre allegata la copia del certificato medico d'infortunio.

Vi preghiamo poi di farci avere copia di quanto da voi inviato per poter effettuare le verifiche e le integrazioni del caso.

Qualora il datore di lavoro dovesse procedere con **UN'ASSUNZIONE** nel periodo in cui il consulente del lavoro è in ferie, è possibile inviare la **COMUNICAZIONE PREVENTIVA OBBLIGATORIA- UNIURG**, da trasmettere telematicamente sul sito ministeriale al quale si accede **tramite SPID (la modalità tramite FAX è stata dismessa)**:

- <https://couniurg.lavoro.gov.it/>



La comunicazione deve essere trasmessa **almeno il giorno antecedente alla data di inizio del rapporto di lavoro**. Ciò consentirà l'assolvimento dell'obbligo di legge. Alleghiamo manuale utente con le istruzioni.

Si ricorda che il modello UniUrg serve per assumere un dipendente **nei casi di urgenza** o nei casi appunto di **chiusura dello studio** del Consulente del lavoro che si occupa degli adempimenti relativi al personale.

Vi preghiamo poi di farci **avere copia** di quanto da voi inviato per poter effettuare le verifiche e le integrazioni del caso.

Cordialmente salutiamo

*Commercialisti-Revisori legali*  
**BERTO** DOTT.SSA ANTONELLA  
**BUSTI** DOTT.SSA GIULIANA

*Praticante Commercialista - Esperto Contabile*  
**ZANINELLI** DOTT.SSA LUCREZIA  
**CALA** DOTT.SSA JESSICA

*Consulenti del Lavoro*  
**MOLON** DOTT. CLAUDIO  
**MANZANA** DOTT.SSA ELENA  
**MOLON** DOTT. RICCARDO  
**PIGHI** DOTT.SSA ALTEA

*Praticante Consulente del Lavoro*  
**BARCOTTO** DOTT.SSA ARIANNA

AI SIGG.RI CLIENTI

**Amministrazione del personale dipendente**

LORO SEDI

### Oggetto. Chiusura feriale

La presente per informarvi che l'Ufficio Paghe rimarrà chiuso per ferie **dal 14 agosto al 30 Agosto 2024 compresi**.

E' possibile utilizzare il servizio di posta elettronica al seguente indirizzo [claudio.molon@stprof.com](mailto:claudio.molon@stprof.com),  
[elena.manzana@stprof.com](mailto:elena.manzana@stprof.com), [riccardo.molon@stprof.com](mailto:riccardo.molon@stprof.com); [altea.pighi@stprof.com](mailto:altea.pighi@stprof.com) (SOLO PER URGENZE)

### COMUNICAZIONI UTILI

#### Assunzioni dipendenti

Nel caso fosse necessario procedere ad un'assunzione occorre inviare la **COMUNICAZIONE PREVENTIVA OBBLIGATORIA- UNIURG**, da trasmettere telematicamente sul sito ministeriale al quale si accede **tramite SPID (la modalità tramite FAX è stata dismessa)**: <https://couniurg.lavoro.gov.it/>. Da inviare almeno il giorno antecedente alla data di inizio del rapporto di lavoro.

Con l'istituzione del Libro Unico del Lavoro viene infatti abolita la maxisanzione per il lavoro sommerso nel caso in cui l'impresa che si è affidata a Consulenti del Lavoro si trovi nell'impossibilità di effettuare la Comunicazione Obbligatoria mediante il modello telematico UniLav, per esempio in coincidenza con le ferie o, comunque, con la chiusura dello Studio del Consulente esterno.

Ciò a condizione però che il datore di lavoro abbia proceduto all'invio della comunicazione preventiva mediante il modello UniUrg.

In tale ipotesi il datore di lavoro, in caso di verifica, dovrà documentare agli ispettori l'affidamento degli adempimenti al professionista esterno ed esibire copia di incarico professionale o copia delega della tenuta del L.U.L. e la comunicazione della chiusura dello Studio (esibire questa e-mail).

In ogni caso il datore di lavoro dovrà mandare il medesimo modello UniUrg anche allo studio.

Questo perché resta l'obbligo di inviare l'UniLav nel primo giorno utile successivo dopo la riapertura dello studio.

**Modello F24**

Il versamento mensile tramite modello F24 di tasse e contributi, **solo per il mese di agosto**, è prorogato al giorno 20, come peraltro tutti gli altri versamenti in scadenza dal 1° agosto.

**Infortuni sul lavoro**

Per la gestione degli infortuni in periodo feriale e di durata superiore ad 1 giorno di prognosi in aggiunta al giorno dell'infortunio, il datore può ricorrere alla denuncia non telematica all'INAIL.

L'importante è comunicare all'Istituto i dati del lavoratore, il tipo di infortunio e la prognosi.

Per poter provare che l'invio sia avvenuto entro due giorni dall'evento, è indispensabile utilizzare la PEC con invio all'indirizzo [verona@postacert.inail.it](mailto:verona@postacert.inail.it) o la raccomandata r.r.(alla sede INAIL di competenza in base alla residenza del lavoratore infortunato).

Dovrà essere inoltre allegata la copia del certificato medico di infortunio.

**Allegati**

Si forniscono in allegato la procedura per la comunicazione dell'assunzione e dell'infortunio sul lavoro.

Cordiali saluti

San Martino B. A., li 23.07.2024

MB STUDIO PROFESSIONISTI ASSOCIATI

**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.

<b>Timbro dell'ufficio</b>	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
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

Tipologia di lavoratore (3) _____	Tipologia di contratto (4) _____
<input type="checkbox"/> Orizzontale	Percentuale di part-time _____
Tipologia di part-time: <input type="checkbox"/> Verticale	Articolazione dell'orario di lavoro prevista per il giorno dell'evento
<input type="checkbox"/> Misto	Dalle ore _____ : _____ Alle ore _____ : _____

Data assunzione (GG/MM/AAAA) _____	Data fine rapporto di lavoro (GG/MM/AAAA) _____
CCNL - Settore lavorativo CNEL (5) _____	CCNL - Categoria CNEL (6) _____

Qualifica assicurativa (7) _____
Voce professionale Istat (8) _____

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

**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, ... numero civico)

Nazione  Comune  Prov.  Cap  Istat  Asl

Prefisso internazionale  Telefono  Indirizzo Email  Indirizzo Pec

**UNITÀ PRODUTTIVA** in cui opera abitualmente il lavoratore
**INDIRIZZO dell'UNITÀ 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 12) **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 di residenza (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 CERTIFICATO MEDICO 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 <input type="text"/>		Numero identificativo certificato <input type="text"/>	
Data di rilascio del certificato medico GG/MM/AAAA <input type="text"/>		Data di rilascio del certificato medico GG/MM/AAAA <input type="text"/>	
Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del primo certificato medico dal lavoratore GG/MM/AAAA <input type="text"/>		Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato medico successivo al primo dal lavoratore GG/MM/AAAA <input type="text"/>	
Prognosi riservata <input type="checkbox"/> Malattia infortunio (13) <input type="checkbox"/>			
Periodo di prognosi dal GG/MM/AAAA <input type="text"/> al GG/MM/AAAA <input type="text"/>		Periodo di prognosi dal GG/MM/AAAA <input type="text"/> al GG/MM/AAAA <input type="text"/>	

**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 (14) \_\_\_\_\_

Sede della lesione (15) \_\_\_\_\_

**DATI PER L'AUTORITÀ DI PUBBLICA SICUREZZA (art. 54 d.p.r. 1124/1965):**

La lesione ha provocato la morte?  Sì  No

Sembra poterla provocare?  Sì  No

Sembra 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 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. 1124/1965 deve essere inviata al datore di lavoro, all'infortunato o ai superstiti (indicare nome, cognome, residenza)

**INDICARE EVENTUALI TESTIMONI:****PRIMO TESTIMONE**

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

**SECONDO TESTIMONE**

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

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

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

**DATI DEL CONDUCENTE:**

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

**DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSI DAL CONDUCENTE:**

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

**SECONDO VEICOLO**

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

**DATI DEL CONDUCENTE:**

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

**DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSI DAL CONDUCENTE:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Retribuzione annua tabellare (16) 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 (17) al lavoratore in forza di legge o per contratto  N. ore

Ore di lavoro settimanali supplementari (18) 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 (19)  N. ore

Lavoro straordinario (20) riferito ai quindici giorni precedenti la data dell'evento  Importo  ,

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

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

**IL SOTTOSCRITTO**

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

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

**DICHIARA**

- di rendere la presente denuncia/comunicazione di infortunio ai sensi del t.u. Infortuni (d.p.r. 1124/1965 e s.m.i) e del t.u. Sicurezza (d.lgs. 81/2008 e s.m.i.) in qualità di datore di lavoro dell'infortunato o su delega/incarico o mandato dello stesso (che si impegna ad esibire su richiesta dell'Inail), conferiti per lo svolgimento degli adempimenti nei confronti dell'Istituto ai sensi delle disposizioni sopra citate, nonché per la sottoscrizione del presente documento composto di n. 6 pagine, inclusa la presente;
- di essere il titolare del trattamento dei dati, forniti nel rispetto della normativa sul diritto alla privacy (d.lgs. 196/2003 e s.m.i.), 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 Obbligatoria Unificato URG

*Manuale d'uso*

---

Versione: 1.0

Data di aggiornamento: 06 aprile 2022

# INDICE

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

## **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

L'accesso al sistema "UNIFICATO URG" sul portale <https://couniurg.lavoro.gov.it> è consentito con credenziali SPID personali.

Per procedere, cliccare sul box dedicato all'accesso SPID e autenticarsi.



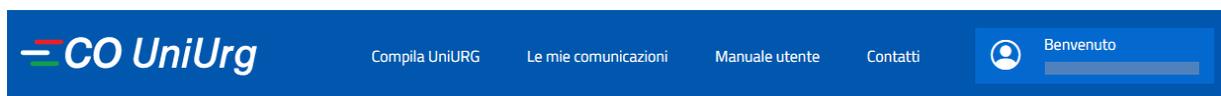
Benvenuto/a nella procedura informatica **COUniUrg** riservata all'invio della comunicazione sintetica d'urgenza (UniURG)

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.



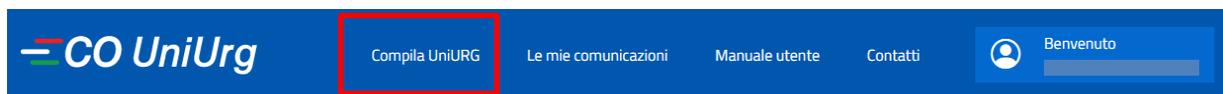
Successivamente, si visualizzerà la welcome page con un menu, composto da diverse voci:



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, effettuate 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

Si visualizzerà 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 Unificate 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

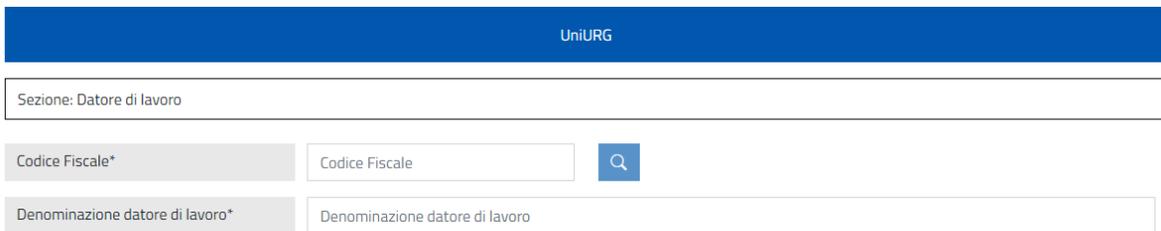
Il modulo UniURG si compone di quattro sezioni, tutte da compilare obbligatoriamente.

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.



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 ; se già presenti sul sistema i relativi dati, il sistema precompilerà gli altri campi in automatico. 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. In caso di 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 già presenti sul sistema i relativi dati.
- **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 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
<b>Salva</b>	

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
<input type="text" value="Codice Fiscale Datore"/>	<input type="text" value="Codice Fiscale Lavoratore"/>	<input type="text" value="gg/mm/aaaa"/>	<input type="text" value="gg/mm/aaaa"/>
<p>Cerca</p>			

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 si visualizzeranno come di seguito:

## Le mie comunicazioni

Codice Fiscale Datore	Codice Fiscale Lavoratore	Da	A
<input type="text" value="Codice Fiscale Datore"/>	<input type="text" value="XXXXXXXXXXXX"/>	<input type="text" value="gg/mm/aaaa"/>	<input type="text" value="gg/mm/aaaa"/>
<b>Cerca</b>			
Data/ora invio:31/01/2022 10:54			
Datore di Lavoro Codice Fiscale: XXXXXXXXXXXXXXX Azienda: TEST 1.2 CO UNIURG		Lavoratore Codice Fiscale: XXXXXXXXXXXXXXX Nome Cognome: XXXXXXX	
<input type="button" value="Visualizza Dettaglio"/> <input type="button" value="Scarica PDF"/>			
Data/ora invio:31/01/2022 10:45			
Datore di Lavoro Codice Fiscale: XXXXXXXXXXXXXXX Azienda: TEST 1.1 CO UNIURG		Lavoratore Codice Fiscale: XXXXXXXXXXXXXXX Nome Cognome: XXXXXXX	
<input type="button" value="Visualizza Dettaglio"/> <input type="button" value="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 in questione.

## 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*