



Berta, Nembrini, Colombini e Associati

CONSULENZA SOCIETARIA, FISCALE E DEL LAVORO

AI SIGNORI CLIENTI  
LORO SEDI

Dott. Giorgio Berta  
Rag. Mirella Nembrini  
Rag. Sergio Colombini

Dott. Antonio Aldeghi  
Dott.ssa Marina Asperti  
Rag. Donato Belloni  
Dott.ssa Silvia Belotti  
Dott. Alessandro Bianchi  
Dott.ssa Valentina Bonomi  
Dott. Valerio Chignoli  
Dott. Enzo Colleoni  
Dott.ssa Sabrina Durante  
Dott. Nicola Fiameni  
Dott.ssa Eleonora Fornari  
Dott.ssa Francesca Ghezzi  
Dott.ssa Silvia Gibillini  
Dott.ssa Elisa Marcandalli  
Dott. Massimo Medici  
Dott. Andrea Medolago  
Dott.ssa Margherita Molinari  
Dott. Luigi Nespoli  
Dott.ssa Sara Nicoli  
Dott. Franco Patti  
Dott. Riccardo Rapelli  
Dott. Massimo Restivo  
Dott.ssa Marilena Rota  
Dott.ssa Laura Santini  
Dott.ssa Clara Sterli  
Dott. Guido Tisi  
Dott.ssa Simona Vavassori  
Dott. Federico Vicari  
Dott. Massimo Zanardi

Dott.ssa Maria de Rosa Diaz  
Dott.ssa Jessica Gambirasio  
Dott.ssa Alessandra Lemmi  
Dott. Denis Rota

Circolare n. 026 del 24/07/2018

**Oggetto: Comunicazioni urgenti nel periodo di chiusura dello studio.**

La presente per informarVi che lo studio resterà chiuso per ferie dal giorno 13 al giorno 26 agosto 2017 compresi.

Qualora si dovessero verificare delle emergenze si potrà contattare il numero 3356325975 dalle ore 10:00 alle ore 12:00 e dalle 15:00 alle 19:00 da lunedì a sabato oppure inviare una mail agli indirizzi:

[s.colombini@studiobnc.it](mailto:s.colombini@studiobnc.it)

[s.nicoli@studiobnc.it](mailto:s.nicoli@studiobnc.it)

[m.rota@studiobnc.it](mailto:m.rota@studiobnc.it)

Ricordiamo di seguito le procedure da seguire in caso di infortuni e assunzioni/risoluzioni.

**PROCEDURA IN CASO DI INFORTUNI**

A seguito della normativa vigente secondo la quale l'INAIL non tiene conto delle denunce d'infortunio inviate senza la procedura on line, il nostro Studio ritiene utile procedere come segue:

- dare immediata comunicazione dell'avvenuto infortunio al numero di telefono indicato sopra negli orari indicati;

Studio BNC | Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili - Revisori Legali - Consulenti del Lavoro

Bergamo Via G. Mazzini, 4 | 24128 Bergamo | T +39 035 2286999 | F +39 035 216380

Grumello del Monte Via Martiri della Libertà, 12 | 24064 Grumello del Monte (BG) | T +39 035 832026 | F +39 035 4420936

Treviglio Viale Alcide De Gasperi, 14 scala G | 24047 Treviglio (BG) | T +39 0363 419330 | F +39 0363 594558

Codice Fiscale e P.IVA 02210110165 | [info@studiobnc.it](mailto:info@studiobnc.it)

[studiobnc.it](http://studiobnc.it)

STUDIO INTEGRATO  
**ACB GROUP**

- nel corso di tale telefonata dovrà essere comunicato il giorno in cui è avvenuto l'infortunio, il giorno di ricevimento del primo certificato medico e i giorni di prognosi da certificato;
- sempre durante la telefonata dovrà essere comunicata la data e l'ora entro la quale tutti i dati saranno disponibili per la redazione della denuncia, come da **questionari allegati**;
- compilare correttamente ed in tutte le sue parti i questionari allegati alla presente circolare ed inviarli con copia del certificato medico di infortunio alla mail che verrà comunicata telefonicamente.
- si prega di lasciare un contatto telefonico e un indirizzo e-mail.

Si precisa che la denuncia on-line **dovrà essere inoltrata entro 48 ore dal ricevimento del certificato medico (24 in caso di infortunio mortale).**

Essendo lo studio chiuso, l'operatore incaricato dovrà attivarsi esclusivamente per adempiere alla denuncia e pertanto si richiede massima precisione e sollecitudine.

#### **ASSUNZIONI e CESSAZIONI**

Le aziende che dovessero avere necessità di assumere o cessare il personale dipendente durante il periodo di chiusura dello studio, possono adempiere alle incombenze necessarie attraverso due modalità:

- inviando via fax al Centro per l'Impiego al n. 848.800.131 i modelli URG allegati che permettono la comunicazione sintetica dei dati di instaurazione o di cessazione del rapporto di lavoro.
- Compilando il format proposto al seguente link:[http://sintesi.provincia.bergamo.it/sintesi/com\\_urgenza/urg\\_paginaprin cipale.aspx](http://sintesi.provincia.bergamo.it/sintesi/com_urgenza/urg_paginaprin cipale.aspx)



In caso di:

- **ASSUNZIONE:** la comunicazione deve essere inviata almeno il giorno precedente alla data di inizio lavoro;
- **CESSAZIONE:** la comunicazione deve essere inviata entro 5 giorni dalla data di conclusione del rapporto di lavoro.

La gestione delle ulteriori informazioni indispensabili per l'instaurazione o la cessazione del rapporto di lavoro sarà da noi formalizzata il primo giorno di apertura dello studio. Pertanto, si invitano i gentili clienti ad inviare copia della comunicazione di urgenza effettuata nelle modalità sopra riportate alla persona di riferimento in studio.

Si resta a disposizione per qualsiasi altro chiarimento.

STUDIO BERTA NEMBRINI COLOMBINI

**Ditta:** \_\_\_\_\_

*SCHEDA DENUNCIA DI INFORTUNIO*

Nome Infortunato: \_\_\_\_\_

Nr Registro Infortuni: \_\_\_\_\_ Data infortunio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data ricevimento primo certificato medico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Qualifica e mansione lavoratore \_\_\_\_\_

1 - Luogo dove è avvenuto l'infortunio: \_\_\_\_\_

2 - Descrizione dell'Infortunio (descrizione particolareggiata):


3 - Dove è avvenuto l'infortunio (es. nel magazzino, in strada, in officina etc....):

--

4 - Che tipo di lavorazione stava svolgendo (es. manutenzione, costruzione etc.....):


5 - Era il suo lavoro consueto?      SI      NO                      Saltuario?      SI      NO

6 - Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo? :  
(es. sollevava una cassa, saliva le scale, usava il martello, stava guidando etc...)

--

7 - Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? :  
(es. si è rotto il cavo, ha perso il controllo del mezzo etc....)

--

8 - In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto? :  
(es. shock elettrico, schiacciato dal mezzo di trasporto etc.....)


9 - Il datore di lavoro era presente?              SI                      NO

10 - Se no, ritiene che la descrizione riferita risponda a verità?      SI                      NO

11 - Se ha risposto no perché?


12 - INDICARE EVENTUALI TESTIMONI:


Luogo e Data

Firma datore di lavoro

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

***N.B. ALLEGARE PRESENZE DEI 15 GIORNI PRECEDENTI L'INFORTUNIO***

**PER LA COMPILAZIONE DELLA DENUNCIA DI INFORTUNIO ABBIAMO BISOGNO DEI SEGUENTI DATI:**

- DOVE E' AVVENUTO L'INFORTUNIO (INDIRIZZO ESATTO):  
\_\_\_\_\_;
- ALL'INTERNO DELLO STABILIMENTO?: \_\_\_\_\_;  
SE SI IN QUALE REPARTO: \_\_\_\_\_;
- IN CHE GIORNO E' AVVENUTO?: \_\_\_\_\_ ALLE ORE \_\_\_\_\_; INIZIO ORARIO DI LAVORO \_\_\_\_\_; DURANTE QUALE ORA LAVORATIVA \_\_\_\_\_ (p.e. 1<sup>^</sup>/2<sup>^</sup>....);  
ORARIO FINE TURNO DI LAVORO: \_\_\_\_\_.
- DATA DI ABBANDONO DEL LAVORO: \_\_\_\_\_; ORA DI ABBANDONO \_\_\_\_\_;
- IL DATORE DI LAVORO ERA PRESENTE?: \_\_\_\_\_ HA SAPUTO DEL FATTO IL \_\_\_\_\_;
- DATA DI RICEZIONE DEL CERTIFICATO MEDICO \_\_\_\_\_;
- RITIENE LA DESCRIZIONE RISPONDENTE A VERITÀ?: \_\_\_\_\_;
- IN CASO NEGATIVO PERCHÉ?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
- SERVIZIO SVOLTO AL MOMENTO DELL'INFORTUNIO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
- DESCRIZIONE PARTICOLAREGGIATA delle cause e circostanze dell'infornio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
- TESTIMONI: \_\_\_\_\_;
- N. ORE STRAORDINARIE FATTE NEI 15 GG DI CALENDARIO ANTECEDENTI IL GIORNO DI INFORTUNIO: \_\_\_\_\_
- PEC AZIENDALE: \_\_\_\_\_
- IBAN AZIENDALE: \_\_\_\_\_

**SE INFORTUNIO DOVUTO A INCIDENTE STRADALE: (sono i dati del dipendente)**

- COGNOME NOME E RESIDENZA DEL CONDUCENTE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
- COGNOME NOME E RESIDENZA DEL PROPRIETARIO DEL VEICOLO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
- TARGA: \_\_\_\_\_;
- COMPAGNIA ASSICURATRICE: \_\_\_\_\_;
- I RILIEVI SONO STATI EFFETTUATI DA (Carabinieri, Vigili, etc.): \_\_\_\_\_  
di \_\_\_\_\_;

# Comunicazione Obbligatoria Unificato Urg

## Sezione 1 - Datore di Lavoro

codice fiscale datore di lavoro

denominazione datore di lavoro

## Sezione 2 - Lavoratore

codice fiscale

cognome

nome

## Sezione 3 - Rapporto di Lavoro

data inizio

## Sezione 4 - Dati di invio

data invio \* (marca temporale)

protocollo sistema (\*)

motivo urgenza

soggetto che effettua la comunicazione (se diverso dal datore di lavoro)

codice fiscale del soggetto che effettua la comunicazione (se diverso dal datore di lavoro)

e-mail del soggetto che effettua la comunicazione (se diverso dal datore di lavoro)

tipo comunicazione (\*)

codice comunicazione (\*)

(\*): non compilare, spazi utilizzati dalla procedura informatica

# Comunicazione Obbligatoria Unificato Urg

## Sezione 1 - Datore di Lavoro

codice fiscale datore di lavoro

denominazione datore di lavoro

## Sezione 2 - Lavoratore

codice fiscale

cognome

nome

## Sezione 3 - Rapporto di Lavoro

data fine

motivazione

## Sezione 4 - Dati di invio

data invio \* (marca temporale)

protocollo sistema (\*)

motivo urgenza

soggetto che effettua la comunicazione (se diverso dal datore di lavoro)

codice fiscale del soggetto che effettua la comunicazione (se diverso dal datore di lavoro)

e-mail del soggetto che effettua la comunicazione (se diverso dal datore di lavoro)

tipo comunicazione (\*)

codice comunicazione (\*)

(\*): non compilare, spazi utilizzati dalla procedura informatica

Stampa