



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 Maria de Rosa Diaz
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. Francesco Arciprete
Dott.ssa Jessica Gambirasio
Dott.ssa Alessandra Lemmi
Dott.ssa Sara Laini
Dott. Denis Rota
Dott. Pietro Sansica

Circolare n. 036 del 20/12/2018

Oggetto: Comunicazioni urgenti nel periodo di chiusura dello studio.

La presente per informarVi che lo studio resterà chiuso dalle ore 13.00 di lunedì 24 dicembre a mercoledì 26 dicembre 2018 compresi e, dalle ore 13.00 di lunedì 31 dicembre 2018 sino a martedì 1 gennaio 2019 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 oppure inviare una mail agli indirizzi:

s.colombini@studiobnc.it

s.nicoli@studiobnc.it

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 Piazzetta Rota Don Geremia, 18 | 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

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



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 coglie l'occasione per augurare Buon Natale e Felice Anno Nuovo.

STUDIO BERTA NEMBRINI COLOMBINI

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[^]/2[^]....);
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 _____;

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

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