

Berta, Nembrini, Colombini e Associati

CONSULENZA SOCIETARIA, FISCALE E DEL LAVORO

- dott. Giorgio Berta
- rag. Mirella Nembrini
- rag. Sergio Colombini

AI SIGNORI CLIENTI
LORO SEDI

Circolare n. 020 del 05/08/2016

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 28 agosto 2016 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
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;
- 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.

• Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili - Revisori Contabili

Via dei Partigiani, 4 - 24121 Bergamo - Tel. 035.235688 - Fax 035.216380

Via Martiri della Libertà, 12 - 24064 Grumello del Monte (Bg) - Tel. 035.832026 - Fax 035.4420936

Via A. Crippa, 9 - 24047 Treviglio (Bg) - Tel. 0363.419330 - Fax 0363.594558

Cod. Fisc. e P.IVA: 02210110165 - E-mail: info@studiobnc.it - www.studiobnc.it

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_paginaprincipale.aspx

In caso di:

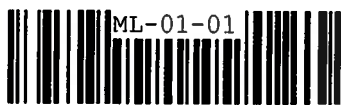
-ASSUNZIONE: la comunicazione deve essere inviata almeno il giorno precedente alla data di inizio lavoro

-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.

Si resta a disposizione per qualsiasi altro chiarimento.

STUDIO BERTA NEMBRINI COLOMBINI E ASSOCIATI



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)

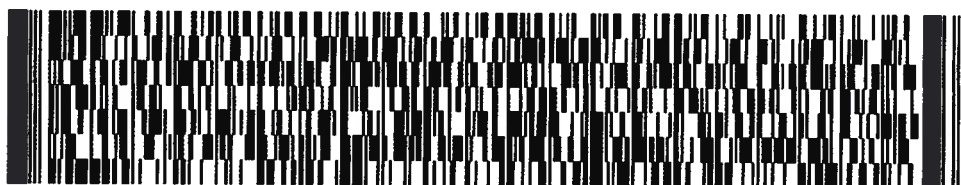
e-mail del soggetto che effettua la comunicazione (se diverso dal datore di lavoro)

tipo comunicazione (*)

Comunicazione Obbligatoria

codice comunicazione (*)

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



BARCODE2DUNIURG



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

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^a....);
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'incidente: _____

_____;
- 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