



Berta, Nembrini, Colombini e Associati

CONSULENZA SOCIETARIA, FISCALE E DEL LAVORO

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

Dott. Antonio Aldeghi
Dott.ssa Marina Asperti
Dott.ssa Valentina Bonomi
Dott. Valerio Chignoli
Dott. Enzo Colleoni
Dott.ssa Maria de Rosa Diaz
Dott.ssa Sabrina Durante
Dott.ssa Valentina Ferri
Dott.ssa Francesca Ghezzi
Dott.ssa Silvia Gibillini
Dott.ssa Alessandra Iemmi
Dott. Walter Larici
Dott.ssa Elisa Marcandalli
Dott. Massimo Medici
Dott. Andrea Medolago
Dott. Luigi Nespole
Dott.ssa Sara Nicoli
Dott.ssa Paola Pala
Dott. Franco Patti
Dott. Riccardo Rapelli
Dott. Massimo Restivo
Dott.ssa Marilena Rota
Dott.ssa Laura Santini
Dott. Edoardo Scaini
Dott.ssa Clara Sterli
Dott. Guido Tisi
Dott.ssa Simona Vavassori
Dott. Federico Vicari
Dott.ssa Simona Zambetti
Dott. Massimo Zanardi

Dott. Francesco Arciprete
Dott.ssa Jessica Gambirasio
Dott.ssa Francesca Gerosa
Dott.ssa Alessia Gusmini
Dott. Daniele Nora
Dott. Andrea Tucci

AI SIGNORI CLIENTI

LORO SEDI

Circolare n. 038 del 07/08/2020

Oggetto: Comunicazioni urgenti nel periodo di chiusura dello studio.

La presente per informarVi che l'ufficio paghe dello studio resterà chiuso per ferie dal giorno 12 al giorno 26 agosto 2020 compresi.

ATTENZIONE: dal giorno 27/8 al giorno 30/8 i telefoni in entrata non funzioneranno pertanto vi chiediamo di inviare una e-mail al vostro referente paghe così che vi si possa contattare.

Qualora si dovessero verificare delle emergenze si potrà inviare una mail agli indirizzi (inserendo tutti e quattro gli indirizzi in contemporanea per permettere una visione più celere e assicurare una risposta):

s.colombini@studiobnc.it

s.nicoli@studiobnc.it

m.rota@studiobnc.it

v.ferri@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 all'indirizzo mail del referente di Studio indicato sopra che vi contatterà quanto prima;

- con tale comunicazione mail 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;

Inoltre, 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**;

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

ACBMember

www.acbgroup.com

Bergamo
Via Giuseppe 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

- 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 autonomamente 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

Ricordiamo che 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 nei primi giorni di riapertura 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[^]/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'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 _____;

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