

**Raccomandata**

Giunta Regionale della Campania
*Dipartimento delle Risorse Finanziarie, Umane
e Strumentali*
Direzione Generale per le Risorse Umane
Unità Operativa Dirigenziale
*Previdenza – Adempimenti connessi ai benefici
contrattuali e L. 336/70 - Infortunistica*

Ai Capi Dipartimenti
Ai Direttori Generali
Al Responsabile dell'UDCP
Al Responsabile dell'UOGP
Al Responsabile dell'Ufficio per il Federalismo
Al Responsabile del Nucleo per la valutazione degli Investimenti Pubblici
Al Datore di Lavoro
Ai Responsabili delle Segreterie Particolari
All'Autorità di Audit
All'Autorità di Gestione FESR 2007/2013
All'Autorità di Gestione FSE 2007/2013
All'Autorità di Certificazione FESR 2007/2013 e FSE 2007/2013
All'Avvocatura regionale
Alle U.O.D. per il tramite delle Direzioni Generali

REGIONE CAMPANIA**Prot. 2014. 0188431 17/03/2014 11,49**

Mitt. : 551411 UOD Previdenza-Ademp connessi ...

Ass. : Segreteria di Giunta

Classifica : 7.1.18.

**LORO SEDI**

Oggetto: Denuncia di infortunio sul lavoro. Trasmissione all'INAIL in via telematica.

Si comunica che a far data dal 01/04/2014 il servizio di trasmissione telematica della denuncia di infortunio sul lavoro all'INAIL viene accentrato e gestito dalla UOD 55 14 11.

Al fine di consentire l'esatto adempimento dell'obbligo di inoltro della denuncia di infortunio nei termini e con le modalità di legge (art.53 D.P.R. n.1124/1965), si illustrano, pertanto, di seguito gli adempimenti procedurali da porre in essere a cura della struttura in cui è incardinato il dipendente soggetto a infortunio.

Il dipendente che subisce un infortunio sul lavoro deve informare tempestivamente la propria struttura.

In caso di infortunio per cui la prognosi o il prolungamento della stessa comporti un'astensione dal lavoro superiore a 3 giorni oltre a quello dell'evento, il dirigente della struttura presso cui il dipendente è incardinato, in qualità di datore di lavoro, deve trasmettere alla UOD 55 14 11 la seguente documentazione:

- il Mod 4 Prest Denuncia (allegato in copia alla presente e reperibile sull'Intranet regionale nella Sezione Quiescenza Previdenza-Pensioni) compilato in tutte le sue parti (eccetto che nella sezione

Via S. Lucia, 81 – 80132 Napoli – fax: 0817962764 – Pec: dg14.uod11@pec.regione.campania.it



Giunta Regionale della Campania

Dipartimento delle Risorse Finanziarie,

Umane e Strumentali

Direzione Generale per le Risorse Umane

Unità Operativa Dirigenziale

Previdenza – Adempimenti connessi ai benefici

contrattuali e L. 336/70 - Infortunistica

sui dati retributivi), firmato dal dirigente della struttura e protocollato;
- il primo certificato medico presentato dal dipendente.

La predetta documentazione deve essere trasmessa in formato digitale tempestivamente e, comunque, entro il giorno successivo (24 ore) a quello in cui è stato ricevuto il primo certificato medico o quello di allungamento della prognosi, tramite posta elettronica certificata (pec) al seguente indirizzo, notiziando dell'adempimento effettuato la scrivente UOD:

dg14.uod11@pec.regione.campania.it

Per gli infortuni prognosticati non guaribili entro tre giorni, escluso quello dell'evento, il Dirigente datore di lavoro deve inviare una copia della comunicazione di infortunio all'Autorità locale di Pubblica Sicurezza (articolo 54 del Testo Unico 1124/1965).

La competenza della pratica di infortunio rimane a carico della struttura in cui è incardinato il dipendente infortunato per le successive incombenze fino alla definitiva chiusura della stessa.

Nel caso di prognosi inferiore a tre giorni, la struttura presso cui è incardinato il dipendente è comunque tenuta a comunicare l'infortunio al Datore di lavoro a fini statistici.

In caso di infortunio mortale o con pericolo di morte, il Dirigente datore di lavoro deve, invece, segnalare direttamente l'evento all'Inail entro 24 ore e con un qualunque mezzo che consenta di provare l'invio della comunicazione. Successivamente, secondo i termini e le modalità sopra indicate, deve essere trasmessa per via telematica la denuncia/comunicazione.

Si richiama l'attenzione sulle sanzioni amministrative a carico del Dirigente datore di lavoro nel caso di mancata o inesatta indicazione del codice fiscale del lavoratore (Legge n.251/82 art. 16): per la denuncia mancata, tardiva, inesatta, oppure incompleta è prevista una sanzione amministrativa a carico del Dirigente datore di lavoro da € 1290 a € 7745 (Legge 296/2006).

Il mancato rispetto dei termini di invio del modulo di cui sopra comporterà, pertanto, precise responsabilità delle rispettive strutture di riferimento in merito alla completezza del processo di trasmissione all'INAIL non imputabili nella fattispecie alla scrivente UOD.

Per tutto il resto non espressamente citato fare riferimento alla informativa prot. 281756 del 01/04/2008, allegata alla presente.

L'Ufficio Infortunistica della UOD 55 14 11 è a disposizione per ogni informazione ritenuta utile.

Si riportano i nominativi addetti al servizio di infortunistica e trasmissione denunce:

CARRERAS Assunta 081 7962165 email assunta.carreras@regione.campania.it

CALVI Claudio 081 7962241 email claudio.calvi@regione.campania.it

Per comunicazioni urgenti, contattare anche il n. 0817962758.

Il Dirigente della UOD 11
Dott.ssa *Lucia Sorrentino*

Il Direttore Generale
Dott.ssa *Giovanna Papolantonio*

Via S. Lucia, 81 – 80132 Napoli – fax: 0817962764 – Pec: dg14.uod11@pec.regione.campania.it



Giunta Regionale della Campania

Area Generale di Coordinamento

Affari Generali

Gestione e Formazione del Personale

Organizzazione e Metodo

Settore Quiescenza e Previdenza

Il Dirigente

Ai Dirigenti di Settore della
Giunta Regionale della Campania
Loro Sedi

REGIONE CAMPANIA

Prot. 2008. 0281756 del 01/04/2008 ore 14,22
Dest.: A.G.C.1 Gabinetto Presidente Giunta Regionale

Sottoriscicolo : 2005.XXXVIII/1/1.1258/5
A.G.C.1 Gabinetto Presidente Giunta Regionale



Oggetto: Informativa sugli adempimenti nei casi di infortunio

In riferimento alla circolare n. 6 del 26/10/2004 sulla "procedura per la presentazione pratiche di infortunio" corre l'obbligo di comunicare ai dirigenti ed ai dipendenti tutti, le modifiche ad essa apportate ad integrazione della surrichiamata nota esplicativa.

La normativa prevede che l'obbligo di assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali si applichi a tutto il personale dipendente, in riferimento alle Posizioni Assicurative attivate presso l'INAIL, nell'ambito di competenza individuato dal codice Ditta **005775074**, identificativo della Giunta Regionale della Campania, ed alle corrispondenti voci di tariffa per tipologia di rischio.

Le Posizioni assicurative Territoriali di interesse regionale attivate per i dipendenti di ruolo della Giunta Regionale della Campania sono le seguenti:

P.A.T.	VOCE RISCHIO	CATEGORIA
68097008	721	AUTISTI
68097008	725	DIRIGENTI
68097008	724	ACCESSO AI CANTIERI
68101190	722	RISCHIO AMBIENTALE
68101190	4412	CICLO INTEGRATO ACQUE
68102818	711	ADDETTI A.I.B.

Si ricorda che vanno comunicate anche le eventuali variazioni delle mansioni comportanti una diversa voce di tariffa.

INFORTUNIO E MALATTIA PROFESSIONALE

Occorre preliminarmente precisare che, ai sensi di quanto disposto dall'art. 2 del "Testo Unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali" (D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124), sono soggetti a denuncia I.N.A.I.L. "tutti i casi d'infortunio avvenuti per causa violenta in occasione di lavoro, da cui sia derivata la morte o un'inabilità permanente al lavoro, assoluta o parziale, ovvero un'inabilità temporanea assoluta che importi l'astensione dal lavoro per più di tre giorni", nonché, ai sensi dell'art. 3, "le malattie



Giunta Regionale della Campania

Area Generale di Coordinamento

Affari Generali

Gestione e Formazione del Personale

Organizzazione e Metodo

Settore Quiescenza e Previdenza

Il Dirigente

professionali contratte nell'esercizio e a causa delle lavorazioni" individuate in apposite tabelle allegate al citato T.U.

Nelle ipotesi in cui si verifichi una delle fattispecie sopra evidenziate, sorgono degli obblighi, rispettivamente in capo al dipendente infortunato e al datore di lavoro, quest'ultimo individuato nella figura del Dirigente del Settore di assegnazione.

OBBLIGHI DEL DIPENDENTE INFORTUNATO

1. Informare immediatamente il Dirigente del Settore, sede di lavoro di qualsiasi infortunio, anche se di lieve entità, accadutogli sul lavoro, compreso quello "in itinere" - intendendo con tale espressione l'infortunio occorso nel tragitto abitazione/sede di servizio o viceversa - fornendo tutti i dati necessari per la compilazione della denuncia. In caso di malattia professionale il dipendente deve informare il Responsabile della struttura di appartenenza entro il termine di quindici giorni dalla manifestazione della stessa. Si ricorda che la comunicazione al Datore di Lavoro deve essere data tempestivamente a pena di decadenza del diritto a indennizzo per il tempo antecedente la stessa.
2. Consegnare o spedire al proprio ufficio Gestione del Personale, con tempestività, tutta la certificazione medica di infortunio; nell'ipotesi di prosecuzione dell'infortunio è necessario controllare che non vi siano giorni scoperti dal certificato medico.
3. Presentare, al rientro in servizio, il certificato di "cessata infermità e ripresa lavoro" all'ufficio Personale del Settore, sede di servizio
4. Conservare il prospetto di liquidazione dell'indennità per infortunio o di mancato riconoscimento dello stesso e, nel caso di infortunio che abbia avuto come conseguenza il riconoscimento di una invalidità permanente con corresponsione di una rendita, inviare copia del provvedimento I.N.A.I.L. ai Settori: Quiescenza e Previdenza, Stato Giuridico ed Inquadramento

OBBLIGHI DEL DIRIGENTE, IN QUALITÀ DI DATORE DI LAVORO

1. Annotare l'accaduto nel registro degli infortuni (anche per gli infortuni con prognosi inferiore a tre giorni).
2. Inviare una comunicazione all'INAIL, nel caso di infortunio grave (morte o pericolo di morte), entro 24 ore dallo stesso, mediante telegramma o fax, facendo poi proseguire la normale denuncia.
3. Trasmettere al Settore Quiescenza e Previdenza e all'ufficio del Datore di lavoro, nel caso di infortuni inferiori ai tre giorni, una nota descrittiva dell'infortunio, specificando che, dato il breve periodo di prognosi, non è stata fatta alcuna denuncia d'infortunio I.N.A.I.L.. Qualora però



Giunta Regionale della Campania

Area Generale di Coordinamento

Affari Generali

Gestione e Formazione del Personale

Organizzazione e Metodo

Settore Quiescenza e Previdenza

Il Dirigente

l'inabilità per un infortunio giudicato guaribile entro tre giorni si prolunghi al quarto, il termine per la denuncia (due giorni) decorre da quest'ultimo giorno.

Compilare nell'ipotesi di infortunio con prognosi che comporti astensione dal lavoro superiore a tre giorni, entro i due giorni successivi a quello di ricevimento del primo certificato medico, il modulo di denuncia di infortunio, suddiviso in 4 copie A-B-C-D, nelle parti di competenza, timbrarlo e firmarlo. I modelli C e D devono essere compilati anche sul retro. Si ricorda che la mancata o inesatta indicazione del codice fiscale del lavoratore comporta l'applicazione di una sanzione amministrativa

In caso di denuncia mancata, tardiva, inesatta oppure incompleta è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa i cui nuovi importi (l. 296/2006) sono stabiliti nella misura:

minimo : € 1.290

massimo: € 7.745

ridotta: € 2.580

Si ricorda che l'indennità di inabilità temporanea deve essere inviata al datore di lavoro (art. 70 D.P.R. 1124/65) e non al lavoratore.

4. Spedire, quindi, con raccomandata a.r. o consegnare direttamente alla sede I.N.A.I.L. competente, entro il termine dei due giorni successivi a quello di ricevimento del primo certificato medico, le copie A e B del modulo, corredate del certificato medico. Trasmettere la copia C, unitamente alla fotocopia del certificato medico, all'Autorità di Pubblica Sicurezza del comune ove è avvenuto l'infortunio, sempre entro i due giorni; la copia D della denuncia corredata di copia della certificazione medica, resterà agli atti del Settore. Tutta la documentazione relativa all'infortunio denunciato verrà trasmessa, in copia, entro lo stesso termine, ai Settori: Quiescenza e Previdenza, Stato Giuridico ed Inquadramento, Ufficio del Datore di Lavoro.

5. Controllare che l'infortunato presenti tutti i certificati medici, compreso quello di fine infortunio, e trasmettere immediatamente tutti gli originali all'I.N.A.I.L. e le copie al Settore Quiescenza e Previdenza, Stato Giuridico ed Inquadramento, Ufficio Datore di Lavoro.

Si rimanda a quanto stabilito dalla normativa vigente in materia di assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (T.U. 1124/65, D.lgs. 38/2000, Circolari INAIL) per eventuali approfondimenti e chiarimenti in merito alle informazioni comunicate.

Responsabile di Posizione
d.ssa Ada Marzi

Il Dirigente del Settore
Dr. Vittorio E. Buglione



4P42

La somma dovuta per l'indennità di inabilità temporanea deve essere inviata:

Al lavoratore presso il proprio domicilio ☐Al lavoratore presso la sede dell'impresa ☐Al datore di lavoro (art. 70 D.P.R. 1124/65) ☐

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO

GG <input type="text"/> <input type="text"/>	MM <input type="text"/> <input type="text"/>	AAAA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ora <input type="text"/> <input type="text"/>	Durante quale ora di lavoro (01, 02, 03)? <input type="text"/> <input type="text"/>	Durante il turno di notte? <input type="text"/> SI <input type="text"/> NO <input type="text"/>	Comune di <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Prov. <input type="text"/> <input type="text"/>		
Cap <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Codice ISTAT Comune <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Codice ASL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	L'fortunato ha abbandonato il lavoro? <input type="text"/> SI <input type="text"/> NO <input type="text"/>		GG <input type="text"/> <input type="text"/>	MM <input type="text"/> <input type="text"/>	AAAA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ora <input type="text"/> <input type="text"/>	
Il datore di lavoro ha saputo del fatto il		GG <input type="text"/> <input type="text"/>	MM <input type="text"/> <input type="text"/>	AAAA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ha ricevuto il primo certificato medico il		GG <input type="text"/> <input type="text"/>	MM <input type="text"/> <input type="text"/>	AAAA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO: In che modo è avvenuto l'fortunio? (descrizione particolareggiata delle cause e circostanze anche in riferimento alle misure di igiene e prevenzione)

IN PARTICOLARE: Dove è avvenuto l'fortunio? (es. nel magazzino, in strada, in officina, sul tetto, nel sotterraneo, su una barca, nella stalla, nel campo, nel bosco)

Che tipo di lavorazione stava svolgendo? (es. manutenzione, costruzione, pulizia, conduzione mezzo di trasporto, trattamento del terreno, allevamento ittico)

Era il suo lavoro consueto? SI ☐ saltuariamente ☐ NO ☐

Al momento dell'fortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore? (es. sollevava una cassa, saliva le scale, usava il martello, stava guidando, arava il campo)

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'fortunio? (es. si è rotto il cavo, ha perso il controllo del mezzo, ha perso l'equilibrio)

In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto? (es. shock elettrico, schiacciato dal mezzo di trasporto, caduto al suolo, punto da un insetto)

Se l'fortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri

Il datore di lavoro era presente?

SI ☐ NO ☐

Se no, ritiene che la descrizione riferita risponda a verità?

SI ☐ NO ☐

Se ha risposto no, perché?

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI: (COGNOME, NOME, INDIRIZZO, TELEFONO)

IN CASO DI INFORTUNIO PROVOCATO DA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI, INDICARE COGNOME, NOME, INDIRIZZO E TELEFONO DEI CONDUCENTI E DEI PROPRIETARI DEI VEICOLI COINVOLTI; NUMERI DI TARGA; COMPAGNIE ASSICURATRICI (LEGGE 24.12.69, N. 990); AUTORITA' INTERVENUTA

CHE TIPO DI LESIONE È STATA PROVOCATA DALL'INFORTUNIO?

Natura della lesione: (es. abrasione, taglio, ustione, frattura)

Sede della lesione: (es. mano destra, piede sinistro, torace)

IL SOTTOSCRITTO DATORE DI LAVORO, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ CIVILI E PENALI ALLE QUALI ANDRÀ INCONTRO NEL CASO DI DENUNCIA INFIDELE, DICHIARA CHE I DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI FORNITI NELLA PRESENTE DENUNCIA CONTRADDISTINTA DAL NUMERO SOPRAINDICATO SONO RISPONDENTI A VERITÀ

DATA

FIRMA



A) lavoratore presso il proprio domicilio

7

Al lavoratore presso la sede dell'impresa

11

Al datore di lavoro (art. 70 D.P.R. 1124/65)

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO

[illegible]

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO: In che modo è avvenuto l'infortunio? (descrizione particolareggiata delle cause e circostanze anche in riferimento alle misure di igiene e prevenzione)

DESCRIZIONE DELL'IMPORTUNO: in che modo è avvenuto l'importuno: (descrizione particolareggiata dello stesso e circostanze che lo hanno determinato)

IN PARTICOLARE: Dove è avvenuto l'infortunio? (es. nel magazzino, in strada, in officina, sul letto, nel sotterraneo, su una barca, nella stalla, nel campo, nel bosco)

IN PARTICOLARE: Dove è avvenuto l'infortunio? (es. nel magazzino, in strada, in officina, sul tetto, nel botanico, su una barca, nella stanza, nel campo, nel garage)

Che tipo di lavorazione stava svolgendo? (es. manutenzione, costruzione, pulizia, conduzione mezzo di trasporto, trattamento del terreno, allevamento ittico)

One tipo di manutenzione stava svolgendo. (Sei manutenzione) sostanzialmente prima, con una manutenzione di tipo

Era il suo lavoro **SI** ☐ **SI** ☐ **NO** ☐
consueto? saltuariamente

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore? (es. sollevava una cassa, saliva le scale, usava il martello, stava guidando, arava il campo)

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore? (es. sollevava una cassa, salivava scale, usava il martello, stava guidando, andava in canoa, ecc.)

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

Una cosa è successo di imprevisto per cui è diventato fin troppo: (da: una volta il lavoro ha perso il controllo, ha perso l'equilibrio)

In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto? (es. shock elettrico, schiacciato dal mezzo di trasporto, caduto al suolo, punto da un insetto)

In conseguenza di ciò, una cosa è divenuta: i sei sono diventati; considerate nel mezzo di questa, anche un altro punto da considerare.

Se l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri

Il datore di lavoro era presente?

SI NO

Se no, ritiene che la descrizione riferita risponda a verità?

SI NO

Se ha risposto no, perché?

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI: (COGNOME, NOME, INDIRIZZO, TELEFONO)

INDICATE EVENTUAL TECHNIQUE (SOUNDING, NOISE, MEASUREMENT, FEEL, ETC.)

IN CASO DI INFORTUNIO PROVOCATO DA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI, INDICARE COGNOME, NOME, INDIRIZZO E TELEFONO DEI CONDUCENTI E DEI PROPRIETARI DEI VEICOLI COINVOLTI; NUMERI DI TARGA; COMPAGNIE ASSICURATRICI (LEGGE 24.12.69, N. 990); AUTORITA' INTERVENUTA

DEET RIETPARTIJ DEELVEEGEN CONVOGENT, NOMEN EN PARAG, COME NOMEN ASSOCIATIE (2002 EN 2003) MET GELUKKIG ENDE

CHE TIPO DI LESIONE È STATA PROVOCATA DALL'INFORTUNIO?

Natura della lesione: (es. abrasione, taglio, ustione, frattura)

Natura della lesione: (es. abrasione, taglio, ustione, frattura)

Sede della lesione: (es. mano destra, piede sinistro, torace)

IL SOTTOSCRITTO DATORE DI LAVORO, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' CIVILI E PENALI ALLE QUALI ANDRA' INCONTRO NEL CASO DI DENUNCIA INFEDELE, DICHIARA CHE I DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI FORNITI NELLA PRESENTE DENUNCIA CONTRADDISTINTA DAL NUMERO SOPRAINDICATO SONO RISPONDENTI A VERITA'

DATA

FIRMA _____



4P42

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO

GG	MM	AAAA	Ora	Durante quale ora di lavoro (01, 02, 03)?	Durante il turno di notte?	Comune di	Prov.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cap	Codice ISTAT Comune	Codice ASL	L'fortunato ha abbandonato il lavoro?	GG	MM	AAAA	Ora
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Il datore di lavoro ha saputo del fatto il	GG	MM	AAAA	Ha ricevuto il primo certificato medico il	GG	MM	AAAA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO: In che modo è avvenuto l'infortunio? (descrizione particolareggiata delle cause e circostanze anche in riferimento alle misure di igiene e prevenzione)

IN PARTICOLARE: Dove è avvenuto l'infortunio? (es. nel magazzino, in strada, in officina, sul tetto, nel sotterraneo, su una barca, nella stalla, nel campo, nel bosco)

Che tipo di lavorazione stava svolgendo? (es. manutenzione, costruzione, pulizia, conduzione mezzo di trasporto, trattamento del terreno, allevamento ittico)

Era il suo lavoro consueto? SI ☐ NO ☐

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore? (es. sollevava una cassa, saliva le scale, usava il martello, stava guidando, arava il campo)

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

In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto? (es. shock elettrico, schiacciato dal mezzo di trasporto, caduto al suolo, punto da un insetto)

Se l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI: (COGNOME, NOME, INDIRIZZO, TELEFONO)

IN CASO DI INFORTUNIO PROVOCATO DA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI, INDICARE COGNOME, NOME, INDIRIZZO E TELEFONO DEI CONDUCENTI E DEI PROPRIETARI DEI VEICOLI COINVOLTI; NUMERI DI TARGA; COMPAGNIE ASSICURATRICI (LEGGE 24.12.69, N. 990); AUTORITA' INTERVENUTA

La lesione ha provocato la morte? ☐ SI ☐ NO sembra poterla provocare? ☐ SI ☐ NO sembra poter provocare un'inabilità permanente assoluta o parziale? ☐ SI ☐ NO

Quanti giorni si presume che possa durare l'inabilità temporanea al lavoro? entro quanto tempo si ritiene che sia possibile conoscere l'esito definitivo?

Altre persone rimaste lese nel medesimo infortunio:

La comunicazione del tribunale circa la data ed il luogo dell'inchiesta di cui all'art. 57/D.P.R. n. 1124/1965 deve essere inviata a (indicare nome, cognome e residenza):

- titolare o legale rappresentante della ditta

- infortunato o superstiti

IL SOTTOSCRITTO DATORE DI LAVORO, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' CIVILI E PENALI ALLE QUALI ANDRA' INCONTRO NEL CASO DI DENUNCIA INFEDELE, DICHIARA CHE I DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI FORNITI NELLA PRESENTE DENUNCIA CONTRADDISTINTA DAL NUMERO SOPRAINDICATO SONO RISPONDENTI A VERITA'

DATA

FIRMA

RICEVUTA DI AVVENUTA PRESENTAZIONE DELLA PRESENTE DENUNCIA ALL'AUTORITA' DI PUBBLICA SICUREZZA

Comune Provincia

Si dichiara che la Ditta ha presentato al sottoscritto la denuncia di infortunio contraddistinta dal numero sopraindicato.

LUOGO DATA FIRMA DELL'AUTORITA' CHE RICEVE LA DENUNCIA

Timbro
dell'Ufficio

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE
IL PRESENTE MODULO VA COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI, IN MODO CHIARO, A STAMPATELLO OPPURE A MACCHINA

RIFERIMENTI NORMATIVI - AVVERTENZE

La denuncia di infortunio deve **sempre** essere presentata alla Sede INAIL competente dal datore di lavoro; (indipendentemente da ogni valutazione personale sul caso), entro due giorni da quello in cui ha ricevuto il primo certificato medico **con prognosi che comporta astensione dal lavoro superiore a tre giorni**.

Detto certificato deve essere allegato alla presente denuncia (art. 53, D.P.R. n. 1124/1965).

Quando la denuncia di infortunio interessa un lavoratore parasubordinato la sezione 2 - datore di lavoro - deve intendersi riferita al committente.

Qualora i dati salariali non siano disponibili all'atto della denuncia gli stessi dovranno essere comunicati successivamente, con l'indicazione del cognome, nome, data di nascita del lavoratore infortunato e la data dell'infortunio.

Non è necessario fornire i dati salariali in caso di infortunio agricolo di:

- coltivatori diretti e soggetti equiparati;
- lavoratori a tempo determinato (avventizi).

IL DATORE DI LAVORO:

- non è tenuto ad inviare la denuncia in caso di infortunio con prognosi fino a tre giorni;
- se la prognosi si prolunga oltre il terzo giorno, deve inviare la denuncia entro due giorni dalla ricezione del nuovo certificato.
- in caso di infortunio che comporta la morte o il pericolo di morte, deve inviare, un telegramma entro 24 ore.

Il datore di lavoro, per gli infortuni con prognosi superiore a 3 giorni, deve inviare, entro due giorni, copia della denuncia all'Autorità locale di P.S. del luogo dove è avvenuto l'infortunio. Nei Comuni in cui mancano gli uffici della Polizia di Stato (Commissariato o Questura), la denuncia d'infortunio deve essere presentata al Sindaco (art. 54, D.P.R. n. 1124/1965). Per tale adempimento occorre compilare i **quadri riportati in basso nelle copie "C e D"**.

SEDE INAIL COMPETENTE

Per Sede INAIL competente si intende quella nel cui territorio i lavori sono svolti (salvo una diversa Sede indicata dall'INAIL stesso).

Il datore di lavoro deve indicare il codice fiscale del lavoratore. In caso di indicazione mancata oppure inesatta, è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa di euro 25,82 (L. 251/1982, n. 16).

In caso di denuncia mancata, tardiva, inesatta oppure incompleta è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa da euro 516,46 a euro 1.549,37 (D.P.R. n. 1124/1965, art. 53 e L. 561/1993, art. 2, comma 1, lett. b).

Si ricorda che il **LAVORATORE** deve informare **immediatamente** il datore di lavoro (o il preposto all'azienda) di qualsiasi infortunio subito per evitare la perdita del diritto all'indennità relativa ai giorni precedenti la segnalazione (art. 52, D.P.R. n. 1124/1965).

NOTE

(1) SESSO: M = MASCHIO
F = FEMMINA

(2) STATO CIVILE: 1 = CELIBE/NUBILE
2 = CONIUGATO/A
3 = VEDOVO/A
4 = SEPARATO/A

5 = DIVORZIATO/A
6 = TUTELATO/A
7 = MINORE

TIPOLOGIA DI LAVORO

(3)	(4)	(5) Professione o mestiere
A = Dipendente B = Autonomo senza dipendenti C = Autonomo con dipendente D = Coadiuvante familiare E = Socio F = Parasubordinato G = Lavoratore interinale	1 = Indeterminato a tempo pieno 2 = Indeterminato a tempo parziale 3 = Determinato a tempo pieno 4 = Determinato a tempo parziale 5 = Stagionale 6 = Giornaliero	Indicare la professione principale svolta dal lavoratore: (ad es. elettricista, macchinista, fresatore, falegname, cassiere, operatore addetto a..., montatore di..., installatore di..., meccanico, operatore di macchine per...)

(6) QUALIFICA

INDUSTRIA, ARTIGIANATO, TERZIARIO, ECC.			AGRICOLTURA	
01 = Dirigente	11 = Ricoverato in casa di cura	21 = Piano inserimento professionale	01 = Operaio specializzato super	12 = Moglie/figli del proprietario
02 = Direttivo-quadro	12 = Religioso/a	22 = Allievo corsi qualificazione	02 = Operaio specializzato	13 = Parenti vari del proprietario
03 = Impiegato o intermedio	13 = Artigiano	23 = Istruttore corsi qualificazione	03 = Operaio qualificato	14 = Moglie/figli del coltivatore diretto
04 = Operaio specializzato	14 = Esercente attività commerciale	24 = Studente	04 = Operaio comune	15 = Parenti vari del coltivatore diretto
05 = Operaio comune	15 = Apprendista artigiano	25 = Sportivo professionista	05 = Proprietario non coltivatore diretto	16 = Moglie/figli del mezzadro
06 = Sovrintendente	16 = Apprendista non artigiano	26 = Addetto a lavoro socialmente utile	06 = Proprietario coltivatore diretto	17 = Parenti vari del mezzadro
07 = Lavoratore a domicilio	17 = Tirocinante		07 = Mezzadro	18 = Moglie/figli dell'affittuario
08 = Viaggiatore - piazzista	18 = Contratto formazione lavoro		08 = Affittuario	19 = Parenti vari dell'affittuario
09 = Medico radiologo	19 = Borsista		09 = Sovrastante azienda agricola	20 = Moglie/figli del compartecipante
10 = Deteruto	20 = Stagista	99 = Altro (indicare in chiaro)	10 = Socio cooperativa agricola	21 = Parenti vari del compartecipante
			11 = Compartecipante non dipendente	22 = Moglie/figli partecipanti all'impresa
				99 = Altro (indicare in chiaro)

(7) Solo per le Aziende Agricole

Indicare: SEMINATIVI (compresi arborati, risaie, orti e giardini); COLTURE LEGNOSE SPECIALIZZATE (frutteti, agrumeti, vigneti, oliveti, ecc.); COLTURE FORAGGERE ARTIFICIALI - PRATI E PASCOLI - ALLEVAMENTI DI ANIMALI - BOSCHI - INCOLTI - ATTIVITA' NON DIRETTAMENTE RIFERIBILI A SPECIFICHE COLTURE.

(8) DATI RETRIBUTIVI

ESEMPIO DI COMPILAZIONE DELL'IMPORTO IN EURO

Esempio: EURO 134,43

							1	3	4		4	3
--	--	--	--	--	--	--	---	---	---	--	---	---



INAIL

Caso N. - Riservato all'INAIL

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

All'INAIL di

DENUNCIA D'INFORTUNIO

SEZIONE 1 - LAVORATORE

Cognome										Nome									
<input type="text"/>										<input type="text"/>									
Codice Fiscale										Nato a									
<input type="text"/>										<input type="text"/>									
GG		MM		AAAA		Stato di nascita				Cittadinanza				Sesso		Stato civile			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Indirizzo (via, piazza, ecc.)										N. civico									
<input type="text"/>										<input type="text"/>									
Comune										Prov.		Cap.							
<input type="text"/>										<input type="text"/>		<input type="text"/>							
Codice ISTAT Comune				Codice ASL		Telefono (Prefisso/Numero)				Tipologia di lavoro				(3)		(4)			
<input type="text"/>				<input type="text"/>		<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Professione o Mestiere (5)										Qualifica (6)									
<input type="text"/>										<input type="text"/>									
Contratto collettivo naz.				Data assunzione: GG - MM - AAAA				PERSONE A CARICO		PARENTE DEL D.L.		Registro inf. n.							
<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>							

SEZIONE 2 - DATORE DI LAVORO

Posizione assicurativa territoriale				C/C		Cognome e nome o ragione sociale									
<input type="text"/>				<input type="text"/>		<input type="text"/>									
Codice Ditta				C/C		Codice Fiscale									
<input type="text"/>				<input type="text"/>		<input type="text"/>									
AZIENDA AGRICOLA		Amministrazione statale		Codice ministero											
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>											
Indirizzo (via, piazza, ecc.)												N. civico			
<input type="text"/>												<input type="text"/>			
Comune												Prov.		Cap.	
<input type="text"/>												<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Codice ISTAT Comune				Telefono (Prefisso/Numero)				Località dei lavori							
<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>							
Lavorazione svolta (azienda agricola vedi nota 7)												Reparto o cantiere in cui la lavorazione è stata svolta			
<input type="text"/>												<input type="text"/>			

SEZIONE 3 - DATI RETRIBUTIVI

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO (8) vedi istruzioni

LA RETRIBUZIONE (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZIANITA', ECC.) E' COMPUTATA SU BASE:

Oraria	Ore Sett.	A	Giornaliera	Mensile-mensilizzata	Convenzionale	Artigiana	Indicare l'importo		B
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>

LE BASI RETRIBUTIVE SONO CAMBIATE NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO? SE LA RISPOSTA E' SI, COMPILI LA RIGA SOTTOSTANTE

Importi	C	Ore Sett.	D	GG	MM	AAAA	GG	MM	AAAA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO

Importo: straordinario	E	Importo: festività cadenti di domenica	F	Importo: prestazioni in natura vitto e alloggio	G
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Importo: diaria trasferta	H	Importo: somma in. e magg. per mensa, trasp., lav. not., fest. ecc.	I	Importo: fest. soppr. non trasf. in ferie riposi com. e lav.	L
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
In %	M	Importo	N	In %	oppure
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tredicesima mensilità	O	Importo	R	Ferie (comprehensive di festività e riposi compens. trasform. in ferie)	P
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Premio di produzione	S	Importo	T	Accantonamento cassa edile	U
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Altre mensilità aggiuntive	S				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				

SOMMA RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE PER LA QUADRATURA AUTOMATICA DEGLI IMPORTI, DEI CAMPI:
A + B + C + D + E + F + G + H + I + L + M + N + O + P + Q + R + S + T + U (sommare i campi % come numeri interi)

Totale generale	<input type="text"/>
-----------------	----------------------



4P42

La somma dovuta per l'indennità di inabilità temporanea deve essere inviata:

Al lavoratore presso il proprio domicilio ☐Al lavoratore presso la sede dell'impresa ☐Al datore di lavoro (art. 70 D.P.R. 1124/65) ☐

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO

GG <input type="text"/> <input type="text"/>	MM <input type="text"/> <input type="text"/>	AAAA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ora <input type="text"/> <input type="text"/>	Durante quale ora di lavoro (01, 02, 03)? <input type="text"/> <input type="text"/>	Durante il turno di notte? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Comune di <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Prov. <input type="text"/> <input type="text"/>			
Cap <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Codice ISTAT Comune <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Codice ASL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	L'fortunato ha abbandonato il lavoro? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	GG <input type="text"/> <input type="text"/>	MM <input type="text"/> <input type="text"/>	AAAA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ora <input type="text"/> <input type="text"/>			
Il datore di lavoro ha saputo del fatto il			GG <input type="text"/> <input type="text"/>	MM <input type="text"/> <input type="text"/>	AAAA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ha ricevuto il primo certificato medico il		GG <input type="text"/> <input type="text"/>	MM <input type="text"/> <input type="text"/>	AAAA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO: In che modo è avvenuto l'infortunio? (descrizione particolareggiata delle cause e circostanze anche in riferimento alle misure di igiene e prevenzione)

IN PARTICOLARE: Dove è avvenuto l'infortunio? (es. nel magazzino, in strada, in officina, sul tetto, nel sotterraneo, su una barca, nella stalla, nel campo, nel bosco)

Che tipo di lavorazione stava svolgendo? (es. manutenzione, costruzione, pulizia, conduzione mezzo di trasporto, trattamento del terreno, allevamento ittico)

Era il suo lavoro ☐ SI ☐ saltuariamente ☐ SI ☐ NO ☐

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore? (es. sollevava una cassa, saliva le scale, usava il martello, stava guidando, arava il campo)

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

In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto? (es. shock elettrico, schiacciato dal mezzo di trasporto, caduto al suolo, punto da un insetto)

Se l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri Il datore di lavoro era presente? ☐ SI ☐ NOSe no, ritiene che la descrizione riferita risponda a verità? ☐ SI ☐ NO

Se ha risposto no, perché?

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI: (COGNOME, NOME, INDIRIZZO, TELEFONO)

IN CASO DI INFORTUNIO PROVOCATO DA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI, INDICARE COGNOME, NOME, INDIRIZZO E TELEFONO DEI CONDUCENTI E DEI PROPRIETARI DEI VEICOLI COINVOLTI; NUMERI DI TARGA; COMPAGNIE ASSICURATRICI (LEGGE 24.12.69, N. 990); AUTORITA' INTERVENUTA

CHE TIPO DI LESIONE È STATA PROVOCATA DALL'INFORTUNIO?

Natura della lesione: (es. abrasione, taglio, ustione, frattura)

Sede della lesione: (es. mano destra, piede sinistro, torace)

La lesione ha provocato la morte? ☐ SI ☐ NO sembra poterla provocare? ☐ SI ☐ NO sembra poter provocare un'inabilità permanente assoluta o parziale? ☐ SI ☐ NO

Quanti giorni si presume che possa durare l'inabilità temporanea al lavoro? entro quanto tempo si ritiene che sia possibile conoscere l'esito definitivo?

Altre persone rimaste lese nel medesimo infortunio:

La comunicazione del tribunale circa la data ed il luogo dell'inchiesta di cui all'art. 57/D.P.R. n. 1124/1965 deve essere inviata a (indicare nome, cognome e residenza):

- titolare o legale rappresentante della ditta

- infortunato o superstiti

IL SOTTOSCRITTO DATORE DI LAVORO, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' CIVILI E PENALI ALLE QUALI ANDRA' INCONTRO NEL CASO DI DENUNCIA INFEDELE, DICHIARA CHE I DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI FORNITI NELLA PRESENTE DENUNCIA CONTRADDISTINTA DAL NUMERO SOPRAINDICATO SONO RISPONDENTI A VERITA'

DATA

FIRMA

RICEVUTA DI AVVENUTA PRESENTAZIONE DELLA PRESENTE DENUNCIA ALL'AUTORITÀ DI PUBBLICA SICUREZZA

Comune Provincia

Si dichiara che la Ditta ha presentato al sottoscritto la denuncia di infortunio contraddistinta dal numero sopraindicato.

LUOGO DATA FIRMA DELL'AUTORITA' CHE RICEVE LA DENUNCIA

Timbro
dell'Ufficio

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE
IL PRESENTE MODULO VA COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI, IN MODO CHIARO, A STAMPATELLO OPPURE A MACCHINA

RIFERIMENTI NORMATIVI - AVVERTENZE

La denuncia di infortunio deve **sempre** essere presentata alla Sede INAIL competente dal datore di lavoro; (indipendentemente da ogni valutazione personale sul caso), entro due giorni da quello in cui ha ricevuto il primo certificato medico **con prognosi che comporta astensione dal lavoro superiore a tre giorni**.

Detto certificato deve essere allegato alla presente denuncia (art. 53, D.P.R. n. 1124/1965).

Quando la denuncia di infortunio interessa un lavoratore parasubordinato la sezione 2 - datore di lavoro - deve intendersi riferita al committente.

Qualora i dati salariali non siano disponibili all'atto della denuncia gli stessi dovranno essere comunicati successivamente, con l'indicazione del cognome, nome, data di nascita del lavoratore infortunato e la data dell'infortunio.

Non è necessario fornire i dati salariali in caso di infortunio agricolo di:

- coltivatori diretti e soggetti equiparati;
- lavoratori a tempo determinato (avventizi).

IL DATORE DI LAVORO:

- non è tenuto ad inviare la denuncia in caso di infortunio con prognosi fino a tre giorni;
- se la prognosi si prolunga oltre il terzo giorno, deve inviare la denuncia entro due giorni dalla ricezione del nuovo certificato.
- in caso di infortunio che comporta la morte o il pericolo di morte, deve inviare, un telegramma entro 24 ore.

Il datore di lavoro, per gli infortuni con prognosi superiore a 3 giorni, deve inviare, entro due giorni, copia della denuncia all'Autorità locale di P.S. del luogo dove è avvenuto l'infortunio. Nei Comuni in cui mancano gli uffici della Polizia di Stato (Commissariato o Questura), la denuncia d'infortunio deve essere presentata al Sindaco (art. 54, D.P.R. n. 1124/1965). Per tale adempimento occorre compilare i **quadri riportati in basso nelle copie "C e D"**.

SEDE INAIL COMPETENTE

Per Sede INAIL competente si intende quella nel cui territorio i lavori sono svolti (salvo una diversa Sede indicata dall'INAIL stesso).

Il datore di lavoro deve indicare il codice fiscale del lavoratore. In caso di indicazione mancata oppure inesatta, è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa di euro 25,82 (L. 251/1982, n. 16).

In caso di denuncia mancata, tardiva, inesatta oppure incompleta è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa da euro 516,46 a euro 1.549,37 (D.P.R. n. 1124/1965, art. 53 e L. 561/1993, art. 2, comma 1, lett. b).

Si ricorda che il **LAVORATORE** deve informare **immediatamente** il datore di lavoro (o il preposto all'azienda) di qualsiasi infortunio subito per evitare la perdita del diritto all'indennità relativa ai giorni precedenti la segnalazione (art. 52, D.P.R. n. 1124/1965).

NOTE

(1) SESSO: M = MASCHIO
F = FEMMINA

(2) STATO CIVILE: 1 = CELIBE/NUBILE
2 = CONIUGATO/A
3 = VEDOVO/A
4 = SEPARATO/A

5 = DIVORZIATO/A
6 = TUTELATO/A
7 = MINORE

TIPOLOGIA DI LAVORO

(3)	(4)	(5) Professione o mestiere
A = Dipendente B = Autonomo senza dipendenti C = Autonomo con dipendente D = Coadiuvante familiare E = Socio F = Parasubordinato G = Lavoratore interinale	1 = Indeterminato a tempo pieno 2 = Indeterminato a tempo parziale 3 = Determinato a tempo pieno 4 = Determinato a tempo parziale 5 = Stagionale 6 = Giornaliero	Indicare la professione principale svolta dal lavoratore: (ad es. elettricista, macchinista, fresatore, falegname, cassiere, operatore addetto a..., montatore di..., installatore di..., meccanico, operatore di macchine per...)

(6) QUALIFICA		
INDUSTRIA, ARTIGIANATO, TERZIARIO, ECC.		AGRICOLTURA
01 = Dirigente 02 = Direttivo-quadro 03 = Impiegato o intermedio 04 = Operaio specializzato 05 = Operaio comune 06 = Sovrintendente 07 = Lavoratore a domicilio 08 = Viaggiatore - piazzista 09 = Medico radiologo 10 = Detenuto	11 = Ricoverato in casa di cura 12 = Religioso/a 13 = Artigiano 14 = Esercente attività commerciale 15 = Apprendista artigiano 16 = Apprendista non artigiano 17 = Tiocinante 18 = Contratto formazione lavoro 19 = Borsista 20 = Stagista	21 = Piano inserimento professionale 22 = Allievo corsi qualificazione 23 = Istruttore corsi qualificazione 24 = Studente 25 = Sportivo professionista 26 = Addetto a lavoro socialmente utile 99 = Altro (indicare in chiaro)

(7) Solo per le Aziende Agricole

Indicare: SEMINATIVI (compresi arborati, risaie, orti e giardini); COLTURE LEGNOSE SPECIALIZZATE (frutteti, agrumeti, vigneti, oli-veti, ecc.); COLTURE FORAGGERE ARTIFICIALI - PRATI E PASCOLI - ALLEVAMENTI DI ANIMALI - BOSCHI - INCOLTI - ATTIVITA' NON DIRETTAMENTE RIFERIBILI A SPECIFICHE COLTURE.

(8) DATI RETRIBUTIVI

ESEMPIO DI COMPILAZIONE DELL'IMPORTO IN EURO

Esempio: EURO 134,43

						1	3	4			4	3
--	--	--	--	--	--	---	---	---	--	--	---	---