

## **INTERESSA I DATORI DI LAVORO**

Qui di seguito forniamo le istruzioni da seguire nel caso di datori di lavoro (escluso COLF e BADANTI per cui si rimanda alle apposite istruzioni) durante il periodo di chiusura per ferie dei ns. uffici **(da LUNEDÌ 13 agosto a MERCOLEDÌ 29 agosto 2018 compresi)**,  
**nel caso aveste la necessità di procedere con:**

1. **Assunzioni, Proroghe, Trasformazioni o cessazioni del rapporto di lavoro**  
**(Dimissioni/Licenziamenti)**

### **Assunzioni**

In coincidenza con le ferie o la chiusura dei soggetti abilitati e autorizzati, il datore di lavoro potrà inviare le comunicazioni di instaurazione dei rapporti di lavoro tramite il modello "UNIURG" al FAX Server nr. 848800131 come da **mod. allegato (A)** alla presente; **per queste assunzioni è necessario che venga poi data notizia a chi amministra le paghe il primo giorno di riapertura dalle ferie per definire la pratica on line con i dati mancanti.**

Il modulo è scaricabile da:

[https://www.cliclavoro.gov.it/Moduli%20e%20Documenti/UNIURG AGGIORNATO.v6.pdf](https://www.cliclavoro.gov.it/Moduli%20e%20Documenti/UNIURG%20AGGIORNATO.v6.pdf)

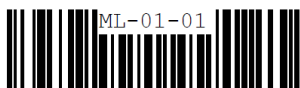
### **Dimissioni, Licenziamenti**

Rimane invece l'obbligo di comunicazione entro cinque giorni dall'evento, ma nulla vieta l'invio della comunicazione prima del termine ultimo fissato, quindi anche prima del verificarsi dell'evento.

**Si ricorda che le dimissioni per essere efficaci devono essere convalidate**, in quanto come noto non è più sufficiente che il lavoratore consegni la semplice lettera dimissione, ma deve eseguire la procedura telematica di convalida personalmente, o recarsi ad un patronato.

### **Infortuni sul lavoro**

Per la comunicazione di infortuni sul lavoro utilizzare il **modello allegato (B)**, dove sono riportate le modalità ed i tempi utili entro i quali procedere.



## 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 Invio

data invio (marca temporale) (1)

protocollo sistema (1)

motivo dell' 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 (1)

tipo comunicazione (\*)

Comunicazione Obbligatoria

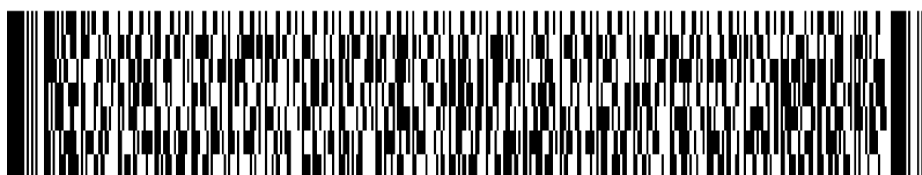
codice comunicazione (1)

\*\*\* Campo da compilare obbligatoriamente

(\*) Campo da compilare in modalità alternativa o se ricorre la condizione

(1) Non compilare, spazi utilizzati dalla procedura Informatica

Stampa



BARCODE2DUNIURG



## DENUNCIA DI INFORTUNIO

(all. B)

Si precisa che in caso di infortunio sul lavoro con **prognosi superiore a tre giorni**, sia dei dipendenti che del datore di lavoro, soci e collaboratori, la denuncia deve essere **inoltrata via email, al seguente indirizzo email**

Aziende con sede a **Prato** e provincia: [prato@postacert.inail.it](mailto:prato@postacert.inail.it)

Aziende con sede a **Pistoia** e provincia: [pistoia@postacert.inail.it](mailto:pistoia@postacert.inail.it)

Aziende con sede a **Firenze** e provincia: [firenze@postacert.inail.it](mailto:firenze@postacert.inail.it)

**Nel caso non fosse disponibile internet, inviare la denuncia per raccomandata** A/R:


 **INAIL** sede di **Prato** – Via Valentini, nr. 10, 59100 (PO)

 **INAIL** sede di **Pistoia** – Piazza Dante, nr. 24, 51100 (PT)

 **INAIL** sede **Firenze** - Via delle Porte Nuove nr. 61, 50144 (FI)

allegando il certificato medico. La denuncia deve essere inviata:

- o **entro 2 giorni** da quello in cui il datore di lavoro ne ha avuto notizia;
- o **entro 24 ore** dall'evento nel caso in cui sia derivata la morte o vi sia pericolo di morte (comunicazione con telegramma);

 **Pur essendo stato abolito l'obbligo di comunicazione all'AUTORITA' DI PUBBLICA SICUREZZA** poiché la denuncia non viene presentata telematicamente, è opportuno procedere all'invio (raccomandata alla questura di competenza a seconda del luogo in cui è avvenuto l'infortunio), allegando copia del certificato medico, **entro 48 ore** dalla data in cui è avvenuto l'infortunio.

Ai fini della presentazione della denuncia, si prega di utilizzare il **fac-simile** sotto riportato: la denuncia andrà poi completata da chi amministra le paghe appena possibile. Sulla denuncia occorre indicare la posizione assicurativa INAIL che si rileva dalle buste paga e/o Libro Unico del Lavoro. **Tutta la documentazione deve essere poi consegnata a chi amministra le paghe dell'azienda.**



-----**FAC-SIMILE**-----

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, titolare/legale rappresentante della

Ditta \_\_\_\_\_ sita in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, comunica a codesto Spett.le

Istituto che il giorno \_\_\_\_\_ è venuto a conoscenza dell'infortunio sul lavoro accorso

Al/la Sig.re/ra \_\_\_\_\_, assunto/a in data \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_, nelle seguenti circostanze \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Si allega certificato medico con riserva di trasmissione di ulteriori dati.**

Firma del datore di lavoro

\_\_\_\_\_