

STUDIO ASSOCIATO

Rag. Franco Peruzzi

CONSULENTE DEL LAVORO

Dott. Franca Peruzzi

CONSULENTE DEL LAVORO

Rag. Giovanni Peruzzi

CONSULENTE DEL LAVORO

Dott. Raffaele Triggiani

COMMERCIALISTA-REVISORE LEGALE

Dott. Fulvia Peruzzi

Empoli, 24/06/2025

A tutte le Aziende
Loro sedi

Circolare Flash n° 4

Oggetto: **Chiusura Estiva per Ferie**

Vi informiamo che il nostro Studio resterà chiuso per ferie **dal giorno 08 Agosto 2025 fino al giorno 28 Agosto 2025 compresi**; si riapre il giorno 29 Agosto 2025.

Nei giorni di chiusura, in caso di urgenze improrogabili, siete pregati di inviare una e-mail a uno dei seguenti indirizzi di posta elettronica e sarete ricontattati nelle 24 ore successive:

SETTORE PAGHE

giovanni@studioperuzzi.com

franca@studioperuzzi.com

SETTORE CONTABILITA' E SERVIZI FISCALI

contabilita@studioperuzzi.com

In via del tutto eccezionale, e limitatamente al tradizionale periodo feriale del mese di agosto, in caso di infortunio sul lavoro **anche con prognosi di un solo giorno**, sarà possibile inoltrare all'**INAIL** le relative denunce/comunicazioni anche via PEC o raccomandata postale, entro due giorni dall'evento. A tale proposito, l'INAIL raccomanda di utilizzare l'allegato modello in Word inserendo i dati essenziali della denuncia.

Certi che prenderete nota di quanto sopra, porgiamo cordiali saluti.

STUDIO ASSOCIATO PERUZZI e TRIGGIANI

DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

(art. 53, d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 e s.m.i. - art. 18, co. 1, lett. r, d.lgs. 09/04/2008 n. 81)

Alla sede Inail _____

_____**RICEVUTA DI AVVENUTA PRESENTAZIONE DELLA DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO**

(Da compilare a cura dell'ufficio ricevente dell'Autorità di pubblica sicurezza)

Timbro dell'ufficio

Si dichiara che il datore di lavoro*		ha presentato all'Autorità di pubblica sicurezza	
del Comune	prov.	la denuncia/comunicazione di infortunio contraddistinta dal numero	
luogo	data (GG/MM/AAAA)	firma	

Cognome		Nome			
Codice fiscale	Stato di nascita	Cittadinanza	Sesso	Stato civile (1)	
			☒		
Comune di nascita	Prov.	Data di nascita (GG/MM/AAAA)	Data di decesso (GG/MM/AAAA)		
Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico)					
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat	Asl
Indirizzo di domicilio (via, piazza, ... numero civico) (compilare solo se diverso da quello di residenza)					
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat	Asl

Da compilare solo in caso di consenso del lavoratore a comunicare i propri dati personali all'Inail, con le modalità e per le finalità strettamente connesse alla gestione della pratica di infortunio; l'indicazione di almeno un numero di telefono potrà consentirne una più tempestiva istruttoria.

Prefisso internazionale	Telefono abitazione	Prefisso internazionale	Telefono cellulare
Indirizzo Email		Indirizzo Pec	

Studente (2)	Parente del datore di lavoro	Persone a carico	Tutela Inps in caso di malattia comune
☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

Tipologia di lavoratore (3)		Tipologia di contratto (4)	
☐ Orizzontale	Percentuale di part-time	Articolazione dell'orario di lavoro prevista per il giorno dell'evento	
Tipologia di part-time: ☐ Verticale	, %	Dalle ore :	Alle ore :
☐ Misto		Dalle ore :	Alle ore :
Data assunzione (GG/MM/AAAA)	Data fine rapporto di lavoro (GG/MM/AAAA)		
CCNL - Settore lavorativo CNEL (5)		CCNL - Categoria CNEL (6)	
Qualifica assicurativa (7)			
Voce professionale Istat (8)			

*Solo privati cittadini datori di lavoro domestico e di lavoro accessorio

☐ INDUSTRIA, ARTIGIANATO, SERVIZI E PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI TITOLARI DI POSIZIONE ASSICURATIVA TERRITORIALE					
Codice fiscale		Cognome e nome o ragione sociale			
Codice ditta		Posizione assicurativa territoriale		Settore attività (9)	
Tipo polizza (10)			Voce di tariffa (11)		
☐ PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI IN SPECIALE GESTIONE PER CONTO DELLO STATO					
Codice fiscale amministrazione statale			Amministrazione statale		
Codice fiscale struttura		Struttura in cui opera abitualmente il lavoratore		Codice Inail	
☐ AGRICOLTURA					
Codice fiscale		Cognome e nome o ragione sociale		Matricola Inps/codice CIDA	
Tipologia datore di lavoro (12)		Data inizio attività (GG/MM/AAAA)		Data fine attività (GG/MM/AAAA)	
☐ SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI					
Cognome		Nome		Codice fiscale	
				Codice Inps	
☐ LAVORO ACCESSORIO (DATORI DI LAVORO PERSONE FISICHE NON APPARTENENTI ALLE CATEGORIE PRECEDENTI)					
Cognome		Nome		Codice fiscale	
INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO (via, piazza ecc, ... numero civico)					
Nazione		Comune		Prov.	Cap
Istat		Asl			
Prefisso internazionale		Telefono		Indirizzo Email	
				Indirizzo Pec	
UNITA' PRODUTTIVA in cui opera abitualmente il lavoratore					
INDIRIZZO dell'UNITA' PRODUTTIVA o della STRUTTURA in cui opera abitualmente il lavoratore (via, piazza, ... numero civico)					
Nazione		Comune		Prov.	Cap
Istat		Asl			
Prefisso internazionale		Telefono		Indirizzo Email	
				Indirizzo Pec	
Indirizzo per l'invio della CORRISPONDENZA [provvedimenti, atti istruttori, assegni relativi alla pratica di infortunio] (via, piazza e numero civico)					
Nazione		Comune		Prov.	Cap
Istat					
Indirizzo Email				Indirizzo Pec	
Reparto, ufficio o cantiere in cui opera abitualmente il lavoratore					
Lavorazione svolta dall'azienda/amministrazione (aziende agricole v. nota 13)					
Attività agricola (14)					
LA SOMMA DOVUTA PER L'INDENNITÀ DI INABILITÀ TEMPORANEA ASSOLUTA SARÀ EROGATA DIRETTAMENTE AL LAVORATORE SE IL DATORE DI LAVORO HA OTTENUTO DA PARTE DELL'INAIL L'AUTORIZZAZIONE AD ANTICIPARE LE INDENNITÀ DI INABILITÀ TEMPORANEA ASSOLUTA AI SENSI DELL'ART. 70 D.P.R. 1124/1965, IL RIMBORSO POTRÀ AVVENIRE CON:					
☐ vaglia postale/assegno circolare (valida solo per importi non superiori a mille euro ai sensi dell'art. 12, comma 2, legge 214/2011. L'assegno sarà inoltrato all'indirizzo per l'invio della corrispondenza)					
☐ accredito su c/c bancario o postale o altro strumento elettronico di pagamento dotato di codice Iban					
codice Iban					

L'INFORTUNIO È AVVENUTO:

Luogo dell'evento

Indirizzo (via, piazza,...numero civico)

Nazione

Comune

Prov.

Cap

Istat

Asl

Infortunio in itinere

☐ Sì ☐ No

Incidente con mezzo di trasporto

☐ Sì ☐ No

Incidente stradale

☐

Incidente ferroviario

☐

Incidente aereo

☐

Incidente navale

☐

Altro

☐

Presso altra azienda

☐ Sì ☐ No

Codice fiscale altra azienda

Denominazione/Ragione sociale altra azienda

In regime di appalto, subappalto o altra forma di lavoro per conto di terzi

☐ Sì ☐ No

Data evento (GG/MM/AAAA)

Giorno festivo

☐ Sì ☐ No

Alle ore

 :

Durante quale ora di lavoro (01, 02 ...)

Durante il turno di notte

☐ Sì ☐ No

L'infortunato ha abbandonato il lavoro (GG/MM/AAAA)

☐ Sì ☐ No

Alle ore

 :

Il datore di lavoro ha saputo del fatto il

(GG/MM/AAAA)

Il datore di lavoro era presente?

☐ Sì ☐ No

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

☐ Sì ☐ No

Se ha risposto no, perchè?

DATI CERTIFICATI MEDICI DA CUI SCATURISCE L'OBLIGO DI DENUNCIA ai sensi dell'art. 53, d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 e s.m.i.**PRIMO CERTIFICATO MEDICO**

Numero identificativo certificato

Data di rilascio del certificato medico

GG/MM/AAAA

Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto il certificato medico

GG/MM/AAAA

Prognosi riservata ☐Malattia infortunio (15) ☐

Periodo di prognosi dal

al

GG/MM/AAAA

CERTIFICATO MEDICO SUCCESSIVO AL PRIMO

Numero identificativo certificato

Data di rilascio del certificato medico

GG/MM/AAAA

Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato medico successivo al primo dal lavoratore

GG/MM/AAAA

Periodo di prognosi dal

al

GG/MM/AAAA

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO:

In che modo è avvenuto l'infortunio?

IN PARTICOLARE:

Dove era il lavoratore al momento dell'infortunio?

Che tipo di lavoro stava svolgendo il lavoratore al momento dell'infortunio?

Era il suo consueto lavoro? ☐ Sì ☐ No

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore?

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio?

In conseguenza di ciò, cosa è avvenuto al lavoratore?

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

Natura della lesione (16)

Sede della lesione (17)

DATI PER L'AUTORITÀ DI PUBBLICA SICUREZZA (art. 54 d.p.r. 1124/1965 e s.m.i.):La lesione ha provocato la morte? ☐ Sì ☐ NoSembra poterla provocare? ☐ Sì ☐ NoSembra poter provocare un'inabilità permanente assoluta o parziale? ☐ Sì ☐ No

Quanti giorni si presume che possa durare l'inabilità temporanea al lavoro?

Entro quanti giorni si ritiene che sia possibile conoscere l'esito definitivo?

Altre persone rimaste lese nel medesimo infortunio

La comunicazione dell'Ispettorato territoriale del lavoro circa la data e il luogo dell'inchiesta di cui all'art. 57 d.p.r. n. 1124/1965 deve essere inviata al datore di lavoro, all'infortunato o ai superstiti (indicare nome, cognome, residenza).

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI:

PRIMO TESTIMONE

Cognome	Nome			
Indirizzo di residenza (via, piazza,...numero civico)		Prefisso internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat

SECONDO TESTIMONE

Cognome	Nome			
Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico)		Prefisso internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat

IN CASO DI INFORTUNIO CAUSATO DALLA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI (d.lgs 209/2005 e s.m.i.), INDICARE:

PRIMO VEICOLO

Targa veicolo	Compagnia assicurativa o impresa designata	Autorità di pubblica sicurezza intervenuta per i rilievi

DATI DEL CONDUCENTE:

Cognome	Nome			
Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico)		Prefisso internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat

DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:

Cognome	Nome			
Ragione sociale				
Indirizzo di residenza (via, piazza,...numero civico)		Prefisso internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat

SECONDO VEICOLO

Targa veicolo	Compagnia assicurativa o impresa designata	Autorità di pubblica sicurezza intervenuta per i rilievi

DATI DEL CONDUCENTE:

Cognome	Nome			
Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico)		Prefisso internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat

DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:

Cognome	Nome			
Ragione sociale				
Indirizzo di residenza (via, piazza,...numero civico)		Prefisso internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat

☐ **DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (ESPOSTI AL LORDO): LA RETRIBUZIONE (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZIANITA', ECC) E' COMPUTATA SU BASE:**

☐ Oraria
 ☐ Ore settimanali
 ☐ Giornaliera
 ☐ Mensile/mensilizzata
 ☐ Convenzionale
 ☐ Convenzionale artigiana
 ☐ Voucher
 Importo ,

VARIAZIONE DELLA RETRIBUZIONE INTERVENUTA NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO:

Retribuzione oraria/mensile pari a GG/MM/AAAA dal

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

Importo lavoro straordinario ,
 Importo festività cadenti di domenica ,
 Importo prestazioni in natura, vitto e alloggio ,

Importo diaria - trasferta ,
 Importo indennità/maggiorazioni per mensa, trasporto, lavoro notturno, festività ecc. ,
 Importo festività soppresse non trasformate in ferie e riposi compensativi lavorati ,

ELEMENTI AGGIUNTIVI A BASE ANNUALE:

Tredicesima mensilità in % oppure Importo ,
 Ferie, festività e riposi compensativi trasformati in ferie in % oppure giorni

Premio di produzione in % oppure Importo ,
 oppure in %

Altre mensilità aggiuntive in % oppure Importo ,
 Maggiorazione omnicomprensiva in edilizia, agricoltura, ecc. in %

☐ **DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (ESPOSTI AL LORDO) PER GLI ADDETTI AI SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI:**

Durata normale della settimana di lavoro: N. ore
 Retribuzione convenzionale oraria: , Importo

INFORMAZIONI DA RICHIEDERE AL LAVORATORE:

Altri datori di lavoro presso i quali il lavoratore prestava la propria opera per servizi domestici e familiari e di riassetto e pulizia locali alla data dell'evento:

Generalità e recapito	Durata normale della settimana di lavoro:	Retribuzione convenzionale oraria
1)	N. ore	,
Generalità e recapito	Durata normale della settimana di lavoro:	Retribuzione convenzionale oraria
2)	N. ore	,

☐ **DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (ESPOSTI AL LORDO) PER I DIPENDENTI CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE (PART-TIME):**

Clausole pattuite in forma scritta previste dal contratto collettivo nazionale o concordate dalle parti avanti alle commissioni di certificazione: ☐ Lavoro flessibile ☐ Lavoro elastico (solo part-time verticale o misto)

Condizioni e modalità pattuite, rilevanti ai fini dell'evento infortunistico (es. variazioni dell'orario di lavoro previsto per il giorno dell'evento, eventuali compensazioni riconosciute per le clausole pattuite o per il lavoro supplementare, ecc.)

Ore di lavoro annue previste dalla contrattazione collettiva nazionale per i lavoratori a tempo pieno N. ore

Retribuzione annua tabellare (18) prevista dalla contrattazione collettiva nazionale o, in assenza, da quella territoriale, aziendale o individuale, per un lavoratore a tempo pieno di pari livello o categoria Importo ,

Ore di lavoro settimanali da retribuire (19) al lavoratore in forza di legge o per contratto N. ore

Ore di lavoro settimanali supplementari (20) da retribuire al lavoratore per contratto N. ore

Ore di lavoro settimanali supplementari effettivamente prestate dal lavoratore nei quindici giorni precedenti la data dell'evento, se non previste per contratto (21) N. ore

Lavoro straordinario (22) riferito ai quindici giorni precedenti la data dell'evento Importo ,

INFORMAZIONI DA RICHIEDERE AL LAVORATORE:

Altro datore di lavoro con il quale il lavoratore ha in corso un contratto a tempo parziale alla data dell'evento (indicare la ragione sociale ed un recapito)

Altro datore di lavoro con il quale il lavoratore ha in corso un contratto a tempo parziale alla data dell'evento (indicare la ragione sociale ed un recapito)

IL SOTTOSCRITTO

☐ Datore di lavoro

☐ Delegato/incaricato del datore di lavoro

☐ Mandatario del datore di lavoro

Cognome

Nome

Codice fiscale

Nato a

Il (GG/MM/AAAA)

Indirizzo (via, piazza, ... numero civico)

Nazione

Comune

Prov.

Cap

Istat

Prefisso estero

Telefono

Indirizzo Email

Indirizzo Pec

DICHIARA

- di rendere la presente denuncia/comunicazione di infortunio ai sensi del t.u. Infortuni (d.p.r. 1124/1965 e s.m.i.) e del t.u. Sicurezza (d.lgs. 81/2008 e s.m.i.) in qualità di datore di lavoro dell'infortunato o su delega/incarico o mandato dello stesso (che si impegna ad esibire su richiesta dell'Inail), conferiti per lo svolgimento degli adempimenti nei confronti dell'Istituto ai sensi delle disposizioni sopra citate, nonché per la sottoscrizione del presente documento composto di n. 6 pagine, inclusa la presente;

- di essere il titolare del trattamento dei dati, forniti nel rispetto della normativa sul diritto alla privacy (d.lgs. 196/2003 e s.m.i. e del regolamento UE 2016/679), ovvero soggetto in possesso di delega o autorizzazione rilasciata dal titolare del trattamento, che si impegna ad esibire su richiesta dell'Inail;

- di essere consapevole: in qualità di datore di lavoro, delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro nel caso in cui i dati forniti con la presente denuncia/comunicazione di infortunio non siano rispondenti a verità; ovvero in qualità di delegato/incaricato o mandatario del datore di lavoro, delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro in caso di mancata corrispondenza tra i dati forniti con la presente denuncia/comunicazione di infortunio e quanto dichiarato dal datore di lavoro, il quale resta in ogni caso responsabile della loro veridicità.

Allegati n.:

Note

GG/MM/AAAA

Data

Timbro e firma