

**Oggetto:** Infortuni sul lavoro – adempimenti.

Si fa riferimento all'appunto n. 640/3523 del 27 febbraio u.s. riguardante la tenuta del registro degli infortuni e si fornisce di seguito una sintesi delle procedure che dovranno essere attuate in caso di infortunio sul lavoro, dovendosi intendere sotto tale fattispecie un evento **“avvenuto per causa violenta in occasione di lavoro da cui sia derivata la morte o l'inabilità permanente al lavoro, assoluta o parziale, ovvero un'inabilità temporanea assoluta che comporti l'astensione dal lavoro per più di tre giorni”** (DPR 30 giugno 1965, n. 1124, Capo II, art. 2).

Non vanno pertanto considerati infortuni sul lavoro, ad esempio, gli eventi ascrivibili a patologie non eziologicamente collegate al lavoro ancorché verificatisi nell'ambiente di lavoro.

#### **Adempimenti del dipendente infortunato e del datore di lavoro**

- Il dipendente infortunato dovrà informare immediatamente il datore di lavoro, o il dirigente delegato o il preposto ed inviare quanto prima il relativo certificato medico;
- il datore di lavoro o il dirigente delegato dovrà riportare sul modello di registro infortuni in dotazione al proprio Centro di Responsabilità tutti i dati relativi all'infortunio, che saranno immediatamente trasmessi all'Ufficio VI della DGAABP incaricato di trascriverli nel **registro ufficiale degli infortuni** a disposizione degli organi di vigilanza. Si fa al riguardo presente che ai sensi del Dlgs 626/94 anche gli infortuni che comportano un'assenza dal lavoro di almeno un giorno (oltre a quello in cui si è verificato l'evento), vanno annotati nel predetto registro, e ciò a prescindere da ogni considerazione circa l'eventuale indennizzabilità.
- il datore di lavoro (da identificarsi nel titolare del Centro di Responsabilità cui appartiene il dipendente infortunato), **entro due giorni** dalla data di ricezione del primo certificato medico contenente prognosi superiore a tre giorni, dovrà inviare **la denuncia con allegato il certificato** stesso alla sede INAIL competente (Piazza delle 5 giornate 3, 00192 Roma) ed all'Autorità di Pubblica Sicurezza (Commissariato di Pubblica Sicurezza, via degli Orti della Farnesina 8, 00100 Roma). Se si tratta di infortunio che abbia prodotto il decesso del dipendente o per il quale sia previsto il pericolo di morte, la denuncia deve essere fatta **entro 24 ore dall'infortunio**.

## Modalità di compilazione della denuncia

I moduli da utilizzare per la denuncia dell'infortunio sono stati predisposti dall'INAIL tenendo presente in via prioritaria un contesto privatistico e vanno compilati soltanto per la parte relativa ai dati concernenti l'infortunato, il datore di lavoro e le circostanze dell'infortunio, utilizzando eventualmente un foglio aggiuntivo per quest'ultimo punto. **Non va compilata** la parte relativa ai dati retributivi dell'infortunato e quella riguardante la posizione assicurativa del datore di lavoro.

Debbono essere invece indicati il codice del Ministero (1000) e il codice della ASL competente, Roma E, Borgo Santo Spirito 3, 00193, (codice 58841/27).

I moduli INAIL, che si uniscono in allegato, vanno compilati in cinque copie, così ripartite:

- tre copie da indirizzare all'INAIL, che provvederà all'inoltro di uno dei tre moduli ai competenti servizi della ASL;
- una copia da far pervenire all'Autorità di Pubblica Sicurezza che rilascerà, nell'apposito spazio, relativa ricevuta alla persona che presenta la denuncia;
- una copia sarà destinata agli atti del datore di lavoro.

Un'ulteriore copia della denuncia dovrà essere immediatamente trasmessa all'Ufficio VI della DGAABP ai fini della trascrizione dei dati sul registro ufficiale degli infortuni come previsto dal Dlgs 626/94.

Si attira infine l'attenzione sulla necessità di rispettare i termini temporali e le modalità di compilazione della denuncia dell'infortunio sopra indicati, indipendentemente da ogni valutazione circa la ricorrenza degli estremi di legge per l'indennizzabilità; la loro inosservanza potrebbe infatti compromettere i diritti dell'infortunato e far insorgere elementi di responsabilità penalmente rilevanti a carico del datore di lavoro.





5

# DENUNCIA D'INFORTUNIO

alla Sede di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del reg.

N. CASO - RISERVATO ALL'INAIL TRATTAZ. CODICE FISCALE

COGNOME

NOME

SESSO NATO IL A PROV.

1 maschio  
2 femmina

INDIRIZZO (via, piazza, ecc.) E NUMERO CIVICO

segue INDIRIZZO FRAZIONE COMUNE

CAP CODICE ISTAT CODICE USL CODICE SANITARIO

CODICE INPS SITUAZIONE FAMILIARE PERSONE A CARICO E PARENTE DEL DATORE DI LAVORO? DATA DI ASSUNZIONE

1 coniug. 2 cel./nub.  
3 separato/a. 4 divorziato/a  
5 vedovo/a

SI NO SI NO

QUALIFICA O LIVELLO CONTRATTO COLLETTIVO

POSIZIONE ASSICURATIVA COD. CONTROLLO CODICE FISCALE

NOME E COGNOME O RAGIONE SOCIALE DEL DATORE DI LAVORO O AMMINISTRAZIONE PUBBLICA (Ministero, Ente nazionale, Ente locale, ecc.)

INDIRIZZO (via, piazza, ecc.) E NUMERO CIVICO CAP COMUNE

PROV. CODICE ISTAT LOCALITÀ DEI LAVORI O SEDE DELLO STABILIMENTO (per l'amm.ne pubblica: Direzione Generale, Direzione Centrale, ecc.)

A (Comune) CAP CODICE ISTAT CODICE USL

L'INFORTUNIO È AVVENUTO:

ALL'INTERNO DELLO STABILIMENTO? SI NO SE SI. IN QUALE REPARTO PARTICELLA CATASTALE: solo per i casi agricoli

IL DATORE DI LAVORO

IL ERA PRESENTE HA SAPUTO DEL FATTO IL DURANTE QUALE ORA DI LAVORO? DURANTE IL TURNO NOTTURNO? DATA DI ABBANDONO DEL LAVORO

SI NO SI NO

COME RITIENE LA DESCRIZIONE RISPONDENTE A VERITÀ SI NO

IN CASO NEGATIVO PERCHÉ?

**ATTENZIONE:** scrivere le date nella forma ggmmaa - nelle risposte SI o NO barrare la casella interessata

**DATI RETRIBUTIVI, ESPOSTI AL LORDO, OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (esclusi quelli relativi ai addetti ai servizi domestici e familiari)**

LA RETRIBUZIONE (paga base + contingenza + scatti di anzianità, ecc.) È COMPUTATA SU BASE:

ORARIA DURATA ORARIA SETTIMANALE A GIORNALIERA MENSILE O MENSILIZZATA CONVENZIONALE ARTIGIANA

SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO

PARI A LIRE PARI A LIRE PARI A LIRE PARI A LIRE (se ARTIGIANA valore annuo)

LE BASI RETRIBUTIVE SONO CAMBIATE NEI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO? - se la risposta è affermativa compilare la riga sottostante

RETRIBUZIONE PARI A LIRE DAL DURATA ORARIA SETTIMANALE DAL

F G

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

LAVORO STRAORDINARIO PARI A LIRE H

DIARIA O TRASFERTA indicare l'imponibile ai fini previdenziali PARI A LIRE L

FESTIVITÀ CADENTI DI DOMENICA PARI A LIRE N

SOMMA DELLE INDENNITÀ E MAGGIORAZIONI PER: mensa, trasporto, turni, lavoro notturno e festivo ecc. PARI A LIRE

VALORE DELLE PRESTAZIONI CORRISPOSTE IN NATURA vitto, alloggio ecc. PARI A LIRE

FESTIVITÀ SOPPRESSE non trasformate in ferie E RIPOSI COMPENSATIVI LAVORATI PARI A LIRE

ELEMENTI AGGIUNTIVI A BASE ANNUALE scrivere le unità delle percentuali nelle due caselle di sinistra ed i decimali in quelle di destra

TREDICESIMA MENSILITÀ PERCENTUALI oppure IMPORTI P Q

PREMIO DI PRODUZIONE PERCENTUALE oppure GIORNI R

TOTALE DI ALTRE MENSILITÀ AGGIUNTIVE PERCENTUALE S

ACCANTONAMENTO CASSA EDILE PERCENTUALE T

TOTALE GENERALE

**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 + V + W + Z (sommare i campi % come numeri interi)

IL PAGAMENTO DELLE INDENNITÀ PER INABILITÀ TEMPORANEA DEVE AVVENIRE

3 COPIE PER INAIL

INFORTUNATO

DATORE DI LAVORO

L'INFORTUNIO È AVVENUTO:

IL DATORE DI LAVORO





6 6

# DENUNCIA D'INFORTUNIO

DESCRIZIONE DELLA LAVORAZIONE, CICLO PRODUTTIVO, ATTIVITÀ O SERVIZIO SVOLTO AL MOMENTO DELL'INFORTUNIO

DESCRIZIONE PARTICOLAREGGIATA delle cause e circostanze dell'infornio, anche in riferimento ad eventuali deficienze di misure di igiene e prevenzione

DESCRIZIONE DELLO INFORTUNIO

a) FORMA o modalità dell'infornio (barrare la casella interessata)

a contatto con	11	si è punto con	15	movimento incoordinato	19	colpito da	32	schacciato da	36	rimasto stretto tra	41	caduto in piano	
ha calpestato	12	sollevando spostando	16	impigliato agganciato a	21	investito da	33	sommerso da	37	ha inalato	51	caduto in profondità	
si è colpito con	13	ha urlato contro	17	ha fatto uno sforzo	22	morso da	34	urtato da	38	esposto a	52	incidente a bordo di	
ha ingerito	14	piede in fallo	18	afferrato da	31	punto da	35	travolto da	39	caduto da	71	incidente alla guida	

b) AGENTE materiale (es.: trattore)

\_\_\_\_\_

segue AGENTE materiale

\_\_\_\_\_

c) PARTICOLARE dell'agente (es.: seggiolino)

\_\_\_\_\_

d) CAUSA immediata dell'infornio (es.: ribaltamento)

\_\_\_\_\_

e) ALTEZZA dell'agente

\_\_\_\_\_

COGNOME, NOME E DOMICILIO

\_\_\_\_\_

DATA PRIMA VISITA

\_\_\_\_\_

PRESIDIO SANITARIO CHE L'HA EFFETTUATA

\_\_\_\_\_

NATURA E SEDE ANATOMICA DELLA LESIONE

\_\_\_\_\_

NOTIZIE SU CASI PROVOCATI DALLA CIRCOLAZIONE DEI VEICOLI A MOTORE (Legge 24.12.1969, n. 990)

COGNOME E NOME DEL CONDUCENTE

\_\_\_\_\_

COMUNE DI RESIDENZA

\_\_\_\_\_

INDIRIZZO (via, piazza, ecc.) E NUMERO CIVICO

\_\_\_\_\_

C.A.P.

\_\_\_\_\_

COGNOME E NOME DEL PROPRIETARIO DEL VEICOLO

\_\_\_\_\_

COMUNE DI RESIDENZA

\_\_\_\_\_

INDIRIZZO (via, piazza, ecc.) E NUMERO CIVICO

\_\_\_\_\_

C.A.P.

\_\_\_\_\_

TARGA: SIGLA E NUMERO

\_\_\_\_\_

COMPAGNIA ASSICURATRICE OD IMPRESA DESIGNATA ai sensi dell'art. 20 della citata legge

\_\_\_\_\_

I RILIEVI SONO STATI EFFETTUATI DA

\_\_\_\_\_

DATI RETRIBUTIVI RELATIVI AGLI ADDETTI AI SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI ED A SERVIZI DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI

DURATA NORMALE DELLA SETTIMANA DI LAVORO: ORE SETT. N. \_\_\_\_\_

RETRIBUZIONE CONVENZIONALE ORARIA: LIRE \_\_\_\_\_

COGNOME, NOME ED INDIRIZZO DEGLI ALTRI DATORI DI LAVORO PRESSO I QUALI PRESTA LA PROPRIA OPERA

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

ORE SETT. N.

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

RETR. CONVENZ. ORARIA

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

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL LAVORATORE \_\_\_\_\_

DATA RICEZIONE 1° CERTIFICATO MEDICO AI FINI DELL'APPLICAZIONE DELL'ART. 53 DEL T.U. N. 1124/65

\_\_\_\_

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

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

3 COPIE PER INAIL

TESTIMONI ALLO INFORTUNIO



INFORTUNATO

# 5 5 DENUNCIA D'INFORTUNIO

alla Sede di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

N. CASO - RISERVATO ALL'INAIL TRATTAZ. CODICE FISCALE

COGNOME

NOME

SESSO  1 maschio  2 femmina NATO IL A

INDIRIZZO (via, piazza, ecc.), E NUMERO CIVICO

segue INDIRIZZO FRAZIONE COMUNE

CAP CODICE ISTAT CODICE USL CODICE SANITARIO

CODICE INPS SITUAZIONE FAMILIARE PERSONE A CARICO È PARENTE DEL DATORE DI LAVORO? DATA DI ASSUNZIONE

MESTIERE O MANSIONE QUALIFICA O LIVELLO CONTRATTO COLLETTIVO

POSIZIONE ASSICURATIVA COD. CONTROLLO CODICE FISCALE

DATORE DI LAVORO NOME E COGNOME O RAGIONE SOCIALE DEL DATORE DI LAVORO O AMMINISTRAZIONE PUBBLICA (Ministero, Ente nazionale, Ente locale, ecc.) CODICE MINISTERO

INDIRIZZO (via, piazza, ecc.) E NUMERO CIVICO CAP COMUNE

PROV. CODICE ISTAT LOCALITÀ DEI LAVORI O SEDE DELLO STABILIMENTO (per l'amm.ne pubblica: Direzione Generale, Direzione Centrale, ecc.)

L'INFORTUNIO È AVVENUTO: A (Comune) CAP CODICE ISTAT CODICE USL

ALL'INTERNO DELLO STABILIMENTO? SE SI, IN QUALE REPARTO PARTICELLA CATASTALE: solo per i casi agricoli

IL ALLE ORE DURANTE QUALE ORA DI LAVORO? DURANTE IL TURNO NOTTURNO?

UNA COPIA PER AUTORITA DI P.S.



6 6

DESCRIZIONE DELLA LAVORAZIONE, CICLO PRODUTTIVO, ATTIVITÀ O SERVIZIO SVOLTO AL MOMENTO DELL'INFORTUNIO

DESCRIZIONE PARTICOLAREGGIATA delle cause e circostanze dell'infortunio, anche in riferimento ad eventuali deficienze di misure di igiene e prevenzione

DESCRIZIONE DELLO INFORTUNIO

TESTIMONI ALLO INFORTUNIO

COGNOME, NOME E DOMICILIO

DATA PRIMA VISITA

PRESIDIO SANITARIO CHE L'HA EFFETTUATA

NATURA E SEDE ANATOMICA DELLA LESIONE

NOTIZIE SU CASI PROVOCATI DALLA CIRCOLAZIONE DEI VEICOLI A MOTORE (Legge 24.12.1969, n. 990)

COGNOME E NOME DEL CONDUCENTE

COMUNE DI RESIDENZA

INDIRIZZO (via, piazza, ecc.) E NUMERO CIVICO

C.A.P.

COGNOME E NOME DEL PROPRIETARIO DEL VEICOLO

COMUNE DI RESIDENZA

INDIRIZZO (via, piazza, ecc.) E NUMERO CIVICO

C.A.P.

TARGA: SIGLA E NUMERO

COMPAGNIA ASSICURATRICE OD IMPRESA DESIGNATA ai sensi dell'art. 20 della citata legge

I RILIEVI SONO STATI EFFETTUATI DA:

UNA COPIA PER AUTORITÀ DI P.S.

P. 2

Provincia di ..... Comune di .....

Persone rimaste lese nel medesimo infortunio ..... La lesione ha avuto per conseguenze la morte? ..... sembra poter avere? .....

sembra poter avere per conseguenza l'inabilità permanente al lavoro assoluta o parziale? ..... per quanti giorni si presume che possa durare? .....

l'inabilità temporanea al lavoro? ..... entro quanto tempo si ritiene che sia possibile conoscere l'esito dell'infortunio? .....

nome, cognome e residenza di coloro ai quali il Pretore deve comunicare la data ed il luogo dell'inchiesta ai sensi dell'art. 57/D.P.R. 1124/65:

- del titolare o legale rappresentante della ditta .....

- dell'infortunato o dei superstiti del lavoratore .....

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

DATA .....

FIRMA .....

RICEVUTA CHE L'AUTORITÀ DI PUBBLICA SICUREZZA DEVE RESTITUIRE ALLA PERSONA CHE PRESENTA LA DENUNCIA

Provincia di ..... Comune di .....

Si dichiara che la Ditta ..... con sede in .....

ha presentato al sottoscritto il giorno ..... del mese di ..... 19 ..... denuncia di un infortunio occorso a n. ....

persone (cognome e nome) .....

il giorno ..... del mese di ..... 19 ..... nel Comune di .....

Timbro dell'Ufficio

Firma dell'autorità che riceve la denuncia



5

# DENUNCIA D'INFORTUNIO

alla Sede di

n. del reg. i

N. CASO - RISERVATO ALL'INAIL

TRATTAZ.

CODICE FISCALE

COGNOME

NOME

SESSO

NATO IL

A

PROV.

INDIRIZZO (via, piazza, ecc.) E NUMERO CIVICO

segue INDIRIZZO

FRAZIONE

COMUNE

PRO

CAP

CODICE ISTAT

CODICE USL

CODICE SANITARIO

CODICE INPS

SITUAZIONE FAMILIARE

PERSONE A CARICO

È PARENTE DEL

DATA DI ASSUNZIONE

MESTIERE O MANSIONE

QUALIFICA O LIVELLO

CONTRATTO COLLETTIVO

POSIZIONE ASSICURATIVA

COD. CONTROLLO

CODICE FISCALE

NOME E COGNOME O RAGIONE SOCIALE DEL DATORE DI LAVORO O AMMINISTRAZIONE PUBBLICA (Ministero, Ente nazionale, Ente locale, ecc.)

CODICE MINISTERO

INDIRIZZO (via, piazza, ecc.) E NUMERO CIVICO

CAP

COMUNE

PROV.

CODICE ISTAT

LOCALITÀ DEI LAVORI O SEDE DELLO STABILIMENTO (per l'amm.ne pubblica: Direzione Generale, Direzione Centrale, ecc.)

A (Comune)

CAP

CODICE ISTAT

CODICE USL

ALL'INTERNO DELLO STABILIMENTO?

SE SÌ, IN QUALE REPARTO

PARTICELLA CATASTALE: solo per i casi agricoli

IL

ALLE ORE

DURANTE QUALE ORA DI LAVORO?

DURANTE IL TURNO NOTTURNO?

DATA DI ABBANDONO DEL LAVORO

ERA PRESENTE

HA SAPUTO DEL FATTO IL

COME

RITIENE LA DESCRIZIONE

IN CASO NEGATIVO PERCHÉ?

RISPONDENTE A VERITÀ

DATORI DI LAVORI

L'INFORTUNIO È AVVENUTO:

IL DATORE DI LAVORO

ATTENZIONE: scrivere le date nella forma gggmaa - nelle risposte SÌ o NO barrare la casella interessata

DATI RETRIBUTIVI, ESPOSTI AL LORDO, OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (esclusi quelli relativi ai addetti ai servizi domestici e familiari)

LA RETRIBUZIONE (paga base + contingenza + scatti di anzianità, ecc.) È COMPUTATA SU BASE:

ORARIA <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	DURATA ORARIA SETTIMANALE [ ] A	GIORNALIERA <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	MENSILE O MENSILIZZATA <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	CONVENZIONALE <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	ARTIGIANA <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
PARI A LIRE [ ] B		PARI A LIRE [ ] C	PARI A LIRE [ ] D	PARI A LIRE (se ARTIGIANA valore annuo) [ ]	
LE BASI RETRIBUTIVE SONO CAMBIATE NEI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO? - se la risposta è affermativa compilare la riga sottostante					
RETRIBUZIONE PARI A LIRE [ ] F	DAL [ ]	DURATA ORARIA SETTIMANALE [ ] G	DAL [ ]		

ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO	LAVORO STRAORDINARIO PARI A LIRE [ ] H	SOMMA DELLE INDENNITÀ E MAGGIORAZIONI PER: mensa, trasporto, turni, lavoro notturno e festivo ecc. PARI A LIRE [ ]
	DIARIA O TRASFERITA Indicare l'imponibile ai fini previdenziali PARI A LIRE [ ] L	VALORE DELLE PRESTAZIONI CORRISPOSTE IN NATURA vitto, alloggio ecc. PARI A LIRE [ ]
	FESTIVITÀ CADENTI DI DOMENICA PARI A LIRE [ ] N	FESTIVITÀ SOPPRESSE non trasformate in ferie E RIPOSI COMPENSATIVI LAVORATI PARI A LIRE [ ]

ELEMENTI AGGIUNTIVI A BASE ANNUALE scrivere le unità delle percentuali nelle due caselle di sinistra ed i decimali in quelle di destra	PERCENTUALI oppure IMPORTI	FERIE, FESTIVITÀ E RIPOSI COMPENSATIVI TRASFORMATI IN FERIE	PERCENTUALE oppure GIORNI
TREDICESIMA MENSILITÀ [ ] P	[ ] Q	[ ] R	[ ]
PREMIO DI PRODUZIONE [ ] T	[ ] U		
TOTALE DI ALTRE MENSILITÀ AGGIUNTIVE [ ] V	[ ] W	ACCANTONAMENTO CASSA EDILE [ ]	
TOTALE GENERALE [ ]			

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 + V + W + Z (sommare i campi % come numeri interi)

IL PAGAMENTO DELLE INDENNITÀ PER INABILITÀ TEMPORANEA DEVE AVVENIRE

UNA COPIA PER ATTI DATORE DI LAVORO



