

**A tutte le aziende**

- loro sede -

Roma 27.06.2022

**Oggetto: chiusura estiva**

Comunichiamo che i nostri uffici rimarranno chiusi per ferie estive **dal 09.08.2022 al 30.08.2022 compresi.**

Per permetterci l'elaborazione, per tempo, dei cedolini paga e dei contributi del mese di luglio, Vi preghiamo di volerci inviare le presenze entro e non oltre il 31/07/2022.

Ove durante detto periodo di chiusura, si dovesse verificare un infortunio sul lavoro, vogliate compilare il modulo che alleghiamo alla presente ed inviarlo alla Vs. sede INAIL di competenza, a mezzo raccomandata a.r. o via p.e.c. (indirizzi reperibili sul sito <https://www.inail.it/cs/internet/istituto/struttura-organizzativa/uffici-territoriali.html>), entro 48 ore dalla data di ricezione del certificato medico; inviandocene, successivamente, una copia; onde poter effettuare le dovute integrazioni agli enti preposti.

Cordiali saluti.

*A. Miggiano*

(INTESTAZIONE DITTA)

(Luogo e data)

Spett.le

I.N.A.I.L. Sede di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Oggetto: Denuncia cautelativa di infortunio sul lavoro

La presente per comunicare cautelativamente a codesto Spett.le Istituto che, in data \_\_\_\_\_ si è verificato un infortunio sul lavoro, come da seguenti indicazioni:

**Datore di Lavoro**

Denominazione \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo Sede Legale \_\_\_\_\_

**Dipendente**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

**Dati Infortunio**

Avvenuto il \_\_\_\_\_

Luogo (indirizzo completo) \_\_\_\_\_

Data Rilascio Certificato Medico \_\_\_\_\_

Numero Certificato Medico \_\_\_\_\_

Periodo di prognosi dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Data Ricezione Certificato Medico \_\_\_\_\_

Si precisa che farà seguito denuncia on line.

Con osservanza.

(Timbro e firma della ditta)

