

**A tutte le aziende**

- loro sede -

Roma 20.07.2023

**Oggetto: chiusura estiva**

Comunichiamo che i nostri uffici rimarranno chiusi per ferie estive **dal 09.08.2023 al 30.08.2023 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 28/07/2023 (eventuali variazioni relative ai giorni 29/07 -30/07 e 31/07 dovranno essere comunicate allo studio).

Ove durante detto periodo di chiusura, si dovesse verificare un infortunio sul lavoro, vogliate compilare il modulo che allegiamo 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; inviandoene, 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)