



## **Comunicazione di infortunio telematica**

**Manuale utente**

Versione 1.2



<b>TABELLA DELLE VERSIONI .....</b>	<b>6</b>
<b>COME ACCEDERE ALLA COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO ONLINE .....</b>	<b>8</b>
SITO INAIL .....	8
LOGIN .....	9
MY HOME.....	11
<b>PAGINA DI ACCOGLIENZA COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO .....</b>	<b>12</b>
DATORE DI LAVORO E PROPRI DELEGATI (GESTIONI IASPA, NAVIGAZIONE, CONTO STATO).....	13
INTERMEDIARIO DEL DATORE DI LAVORO E SUOI DELEGATI (GESTIONI IASPA, NAVIGAZIONE, AGRICOLTURA) .....	13
Tab ELENCO DITTE IN DELEGA.....	14
Tab AGRICOLTURA E SOGGETTI NON ASSICURATI INAIL .....	15
<i>Soggetto agricolo.....</i>	<i>15</i>
<i>Soggetto non assicurato Inail .....</i>	<i>18</i>
UTENTE CON CREDENZIALI DISPOSITIVE (DATORE DI LAVORO AGRICOLO O DI SOGGETTO NON ASSICURATO INAIL) .....	18
Tab DATORE DI LAVORO AGRICOLO .....	19
Tab DATORE DI LAVORO DI SOGGETTO NON ASSICURATO INAIL .....	22
<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>24</b>
CORPO DELLA PAGINA.....	24
NUOVA COMUNICAZIONE .....	24
NEWS.....	25
COMUNICAZIONI IN BOZZA .....	25
MENU UTENTE .....	26
TORNA ALLA MIA HOMEPAGE.....	27
MENU UTILITÀ .....	27
ESCI .....	28
STEP WIZARD – NUOVA COMUNICAZIONE ONLINE.....	28
Gestione IASPA .....	28
Gestione CONTO STATO .....	28
Gestione NAVIGAZIONE.....	29
Gestione AGRICOLTURA .....	29
Gestione DATORI DI LAVORO DI SOGGETTI NON ASSICURATI INAIL .....	29
STANDARD UTILIZZATI NELLE SEZIONI DATI.....	29
<b>COMPILAZIONE NUOVA COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO ONLINE - GESTIONE IASPA.....</b>	<b>31</b>
1 PAT .....	31
2 POLIZZA E VOCE TARIFFA.....	32
3 DATORE DI LAVORO .....	36
Datore di lavoro - Anagrafica.....	37
Regole di compilazione ‘Datore di lavoro – Anagrafica’ .....	37
Datore di lavoro - Unità Produttiva .....	37
4 LAVORATORE .....	38
Lavoratore – Dati anagrafici .....	39
Regole di compilazione ‘Lavoratore – Dati anagrafici’ .....	39
Lavoratore – Residenza e domicilio .....	40
Regole di compilazione ‘Lavoratore – Residenza e domicilio’ .....	40
Lavoratore – Contatti .....	41
Regole di compilazione ‘Lavoratore – Contatti’ .....	41
Lavoratore – Rapporto di lavoro .....	42
Regole di compilazione ‘Lavoratore – Rapporto di lavoro’ .....	42
5 INFORTUNIO.....	44
Infortunio – Dove è avvenuto l’infortunio.....	45
Regole di compilazione ‘Infortunio – Dove è avvenuto l’infortunio’ .....	46
Infortunio – Quando è avvenuto l’infortunio .....	47
Regole di compilazione ‘Infortunio – Quando è avvenuto l’infortunio’ .....	47
Infortunio – Certificato medico .....	48
Regole di compilazione ‘Infortunio – Certificato medico’ .....	48
Infortunio - Cause e circostanze .....	49
Regole di compilazione ‘Infortunio – Cause e circostanze’ .....	50
6 ALLEGATI .....	51
Regole per inserimento ‘Allegati’ .....	52
7 RIEPILOGO E INVIO .....	53

<b>COMPILAZIONE NUOVA COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO ONLINE – GESTIONE PER CONTO DELLO STATO .....</b>	<b>55</b>
1 DATORE DI LAVORO .....	55
Datore di lavoro – Anagrafica Amministrazione Statale .....	55
Regole di compilazione ‘Datore di lavoro – Anagrafica Amministrazione statale’ .....	56
Datore di lavoro – Struttura .....	56
2 LAVORATORE .....	57
Lavoratore – Dati anagrafici .....	58
Regole di compilazione ‘Lavoratore – Dati anagrafici’ .....	58
Lavoratore – Residenza e domicilio .....	59
Regole di compilazione ‘Lavoratore – Residenza e domicilio’ .....	59
Lavoratore – Contatti .....	60
Regole di compilazione ‘Lavoratore – Contatti’ .....	60
Lavoratore – Rapporto di lavoro .....	61
Regole di compilazione ‘Lavoratore – Rapporto di lavoro’ .....	61
3 INFORTUNIO .....	63
Infortunio – Dove è avvenuto l’infortunio .....	64
Regole di compilazione ‘Infortunio – Dove è avvenuto l’infortunio’ .....	65
Infortunio – Quando è avvenuto l’infortunio .....	66
Regole di compilazione ‘Infortunio – Quando è avvenuto l’infortunio’ .....	66
Infortunio – Certificato medico .....	66
Regole di compilazione ‘Infortunio – Certificato medico’ .....	67
Infortunio - Cause e circostanze .....	68
Regole di compilazione ‘Infortunio – Cause e circostanze’ .....	68
4 ALLEGATI .....	70
Regole per inserimento ‘Allegati’ .....	71
5 RIEPILOGO E INVIO .....	72
<b>COMPILAZIONE NUOVA COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO ONLINE - GESTIONE NAVIGAZIONE.....</b>	<b>74</b>
1 PAN .....	74
2 PERIODO .....	76
3 DATORE DI LAVORO .....	79
Datore di lavoro - Anagrafica .....	79
Regole di compilazione ‘Datore di lavoro – Anagrafica’ .....	80
Datore di lavoro – Anagrafica nave/PAN .....	80
Regole di compilazione ‘Datore di lavoro – Anagrafica nave/PAN’ .....	80
4 LAVORATORE .....	81
Lavoratore – Dati anagrafici .....	82
Regole di compilazione ‘Lavoratore – Dati anagrafici’ .....	82
Lavoratore – Residenza e domicilio .....	83
Regole di compilazione ‘Lavoratore – Residenza e domicilio’ .....	83
Lavoratore – Contatti .....	84
Regole di compilazione ‘Lavoratore – Contatti’ .....	84
Lavoratore – Rapporto di lavoro .....	85
Regole di compilazione ‘Lavoratore – Rapporto di lavoro’ .....	85
5 INFORTUNIO .....	88
Infortunio – Dove è avvenuto l’infortunio .....	90
Regole di compilazione ‘Infortunio – Dove è avvenuto l’infortunio’ .....	90
Infortunio – Quando è avvenuto l’infortunio .....	91
Regole di compilazione ‘Infortunio – Quando è avvenuto l’infortunio’ .....	91
Infortunio – Certificato medico .....	92
Regole di compilazione ‘Infortunio – Certificato medico’ .....	92
Infortunio - Cause e circostanze .....	93
Regole di compilazione ‘Infortunio – Cause e circostanze’ .....	94
6 ALLEGATI .....	95
Regole per inserimento ‘Allegati’ .....	96
7 RIEPILOGO E INVIO .....	97
<b>COMPILAZIONE NUOVA COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO ONLINE – GESTIONE AGRICOLTURA .....</b>	<b>99</b>
1 DATORE DI LAVORO .....	99
Datore di lavoro – Anagrafica .....	100
Regole di compilazione ‘Datore di lavoro – Anagrafica’ .....	100
Datore di lavoro – Unità produttiva .....	100
2 LAVORATORE .....	101
Lavoratore – Dati anagrafici .....	102

Regole di compilazione 'Lavoratore – Dati anagrafici' .....	102
Lavoratore – Residenza e domicilio .....	103
Regole di compilazione 'Lavoratore – Residenza e domicilio' .....	103
Lavoratore – Contatti .....	104
Regole di compilazione 'Lavoratore – Contatti' .....	104
Lavoratore – Rapporto di lavoro .....	105
Regole di compilazione 'Lavoratore – Rapporto di lavoro' .....	105
<b>3 INFORTUNIO</b> .....	<b>107</b>
Infortunio – Dove è avvenuto l'infortunio .....	108
Regole di compilazione 'Infortunio – Dove è avvenuto l'infortunio' .....	109
Infortunio – Quando è avvenuto l'infortunio .....	110
Regole di compilazione 'Infortunio – Quando è avvenuto l'infortunio' .....	110
Infortunio – Certificato medico .....	110
Regole di compilazione 'Infortunio – Certificato medico' .....	110
Infortunio - Cause e circostanze .....	111
Regole di compilazione 'Infortunio – Cause e circostanze' .....	112
<b>4 ALLEGATI</b> .....	<b>114</b>
Regole per inserimento 'Allegati' .....	115
<b>5 RIEPILOGO E INVIO</b> .....	<b>116</b>
<b>COMPILAZIONE NUOVA COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO ONLINE – GESTIONE DATORI DI LAVORO DI SOGGETTI NON ASSICURATI INAIL</b> .....	<b>118</b>
<b>1 DATORE DI LAVORO</b> .....	<b>118</b>
Datore di lavoro – Anagrafica .....	118
Regole di compilazione 'Datore di lavoro – Anagrafica' .....	119
<b>2 LAVORATORE</b> .....	<b>120</b>
Lavoratore – Dati anagrafici .....	121
Regole di compilazione 'Lavoratore – Dati anagrafici' .....	121
Lavoratore – Residenza e domicilio .....	122
Regole di compilazione 'Lavoratore – Residenza e domicilio' .....	122
Lavoratore – Contatti .....	123
Regole di compilazione 'Lavoratore – Contatti' .....	123
Lavoratore – Rapporto di lavoro .....	124
Regole di compilazione 'Lavoratore – Rapporto di lavoro' .....	124
<b>3 INFORTUNIO</b> .....	<b>126</b>
Infortunio – Dove è avvenuto l'infortunio .....	127
Regole di compilazione 'Infortunio – Dove è avvenuto l'infortunio' .....	128
Infortunio – Quando è avvenuto l'infortunio .....	129
Regole di compilazione 'Infortunio – Quando è avvenuto l'infortunio' .....	129
Infortunio – Certificato medico .....	129
Regole di compilazione 'Infortunio – Certificato medico' .....	130
Infortunio - Cause e circostanze .....	130
Regole di compilazione 'Infortunio – Cause e circostanze' .....	131
<b>4 ALLEGATI</b> .....	<b>133</b>
Regole per inserimento 'Allegati' .....	134
<b>5 RIEPILOGO E INVIO</b> .....	<b>135</b>
<b>NUOVA COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO TRAMITE FILE</b> .....	<b>138</b>
COMUNICAZIONE TRAMITE FILE - GESTIONE IASPA .....	138
Regole di 'Nuova Comunicazione di infortunio tramite file' .....	144
COMUNICAZIONE OFFLINE - GESTIONE CONTO STATO .....	145
Regole di 'Nuova Comunicazione di infortunio tramite file' .....	148
<b>RICERCA PROFESSIONE ISTAT</b> .....	<b>149</b>
<b>COMUNICAZIONI DI INFORTUNIO INViate</b> .....	<b>157</b>
<b>RICERCA CERTIFICATI MEDICI</b> .....	<b>160</b>
RICERCA SINGOLO CERTIFICATO .....	160
LISTA CERTIFICATI MEDICI DI INFORTUNIO ASSOCIATI A COMUNICAZIONE E/O DENUNCIA .....	161
<b>COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO, TRAMITE PORTA DI DOMINIO, IN COOPERAZIONE APPLICATIVA</b> .....	<b>163</b>
<b>MENU UTILITA'</b> .....	<b>164</b>
CLASSIFICAZIONE DELLE PROFESSIONI – CP2011 .....	164
RIFERIMENTI NORMATIVI .....	166

---

MANUALE UTENTE E DOCUMENTAZIONE.....	166
GUIDE DI COMPATIBILITA' TIPOLOGICHE.....	166
<b>REQUISITI TECNICI .....</b>	<b>169</b>

## Tabella delle versioni

Versione manuale	Data	Pagina/sezione aggiornata	Descrizione modifica
V1.0	12/10/2017		Nascita del documento
<b>Gestione Datore di lavoro di soggetto non assicurato INAIL</b>			
V1.1	28/08/2018	Pagina di accoglienza > Utente con credenziali dispositive > Tab DATORE DI LAVORO DI SOGGETTO NON ASSICURATO INAIL, p. <a href="#">21</a>	<p>Inserito il testo relativo alle ulteriori specifiche di avviso agli utenti per il corretto utilizzo del tab "DATORE DI LAVORO DI SOGGETTO NON ASSICURATO INAIL": <i>"Selezionando questa opzione è presente un messaggio di attenzione che ricorda all'utente che la sezione, riservata al "datore di lavoro di soggetto non assicurato Inail", NON deve essere utilizzata dai datori di lavoro appartenenti alle gestioni:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- IASPA, ovvero Industria, Artigianato, Servizi e Pubbliche Amministrazioni titolari di posizione assicurativa territoriale (PAT);</li> <li>- Pubblica amministrazione in gestione per conto dello Stato;</li> <li>- Navigazione marittima, titolari di posizione assicurativa navigazione (PAN);</li> <li>- Agricoltura.</li> </ul> <p><i>Per la gestione Industria, Artigianato, Servizi e Pubbliche Amministrazioni titolari di posizione assicurativa territoriale (IASPA), per la Pubblica amministrazione in gestione per conto dello Stato e per il settore della Navigazione marittima si accede con il ruolo specifico di "Datore di lavoro" (o "Comandante") o "Delegato del datore di lavoro".</i></p> <p><i>Per il settore agricoltura si accede con il ruolo di "Utente con credenziali dispositive" all'apposita sezione DATORE DI LAVORO AGRICOLO presente nella pagina. L'utilizzo improprio del servizio, oltre a comportare un'errata gestione delle comunicazioni inviate, non consentirà l'eventuale utilizzo della funzione "Converti in denuncia" per i successivi adempimenti di competenza."</i></p> <p>Aggiornata anche la relativa immagine che mostra il medesimo testo.</p>
<b>Tutte le gestioni</b>			
V1.1	28/08/2018	Introduzione > Corpo della pagina > Comunicazioni in bozza, p. <a href="#">25</a>	Nel caso di superamento di 10 bozze l'applicativo restituisce il seguente avviso: <i>"Superato il numero di Comunicazioni in bozza"</i> e sarà quindi necessario eliminarle tramite l'apposita icona del cestino per poter procedere alla compilazione di una nuova Comunicazione.
		Compilazione nuova Comunicazione di infortunio online, sezioni: - Lavoratore, IASPA p. <a href="#">39-40</a> , Conto Stato <a href="#">58-59</a> , Navigazione <a href="#">82-83</a> , Agricoltura <a href="#">102-103</a> , DL soggetti non assicurati <a href="#">121-122</a> ; - Infortunio, IASPA p. <a href="#">45</a> , Conto Stato <a href="#">64</a> , Navigazione <a href="#">90</a> , Agricoltura <a href="#">108</a> , DL soggetti non assicurati <a href="#">127</a>	<p>Nelle pagine in cui è previsto l'inserimento di un indirizzo è adesso presente il pulsante 'VERIFICA' che consente di controllare l'esattezza dell'indirizzo digitato. Nelle "Regole di compilazione" delle sezioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavoratore – Dati anagrafici - Residenza e domicilio;</li> <li>- Infortunio – Dove è avvenuto l'infortunio;</li> </ul> <p>sono descritte tutte le specifiche sul funzionamento del pulsante e della verifica.</p> <p>Aggiornate le immagini</p>
		Compilazione nuova Comunicazione di infortunio online > Infortunio-Certificato medico	<p>Nel caso in cui il <b>periodo di prognosi</b> inserito fosse superiore ai tre giorni, escluso quello dell'evento, viene mostrato il messaggio: <i>"ERRORE: Il periodo di prognosi non può essere superiore a 3 giorni, escluso il giorno dell'evento. Per il periodo inserito è obbligatorio procedere all'invio della Denuncia di infortunio tramite l'apposito servizio. <u>Converti in denuncia di infortunio.</u>"</i> È quindi possibile modificare il periodo di prognosi oppure selezionare il link <u>Converti in denuncia di infortunio</u>. In quest'ultimo caso un messaggio di colore verde specifica il numero progressivo assegnato alla Denuncia per il completamento e l'invio della quale è necessario accedere al servizio online "Denuncia/comunicazione di infortunio" e selezionarla tra quelle in lavorazione in modo da inserire gli ulteriori dati necessari al suo inoltro.</p> <p>Inserite le immagini relative al nuovo funzionamento.</p>

Versione manuale	Data	Pagina/sezione aggiornata	Descrizione modifica
V1.1	28/08/2018	Allegati-Regole di compilazione	Aumentata a 1024 KB la dimensione accettata per ciascuno dei due file allegabili per l'invio online della Comunicazione. Per la <b>gestione Agricoltura</b> è stato inoltre specificato che, per i profili Intermediario e Delegato dell'intermediario, “è <i>obbligatorio allegare copia del documento di delega, comprensivo della copia fotostatica non autenticata del documento del datore di lavoro delegante, che attesti il mandato del datore di lavoro per conto del quale l'intermediario, o il suo delegato, deve inviare la Comunicazione di infortunio.</i> ” (gestione Agricoltura, p. <a href="#">113-114</a> )
		Comunicazioni di infortunio inviate, p. <a href="#">146</a>	Inserito il link “ <b>Converti in denuncia</b> ” tramite il quale è possibile convertire la Comunicazione inviata in Denuncia. Effettuata la conversione, un messaggio in colore verde specifica il numero progressivo assegnato alla Denuncia. Per il completamento e l'invio di tale denuncia è necessario accedere al servizio online “Denuncia/comunicazione di infortunio” e selezionarla tra quelle in lavorazione in modo da inserire gli ulteriori dati necessari al suo inoltro. Nuova immagine del messaggio a video che mostra il numero della Denuncia, da cercare tra quelle in lavorazione, dopo aver effettuato la conversione.
Gestioni IASPA e per conto dello Stato			
V1.2	13/12/2018	Introduzione-Nuova Comunicazione, pp. <a href="#">24</a>	Resa disponibile la modalità di invio offline della Comunicazione, è attiva la funzione “ <b>Tramite file</b> ” del pulsante NUOVA COMUNICAZIONE e della voce di menu “Nuova Comunicazione di infortunio”.
		Nuova Comunicazione di infortunio tramite file, p. <a href="#">138</a>	Inserito il nuovo capitolo relativo alle istruzioni per l'utilizzo della funzionalità di invio “Tramite file”
		Comunicazioni di infortunio inviate, p. <a href="#">157</a>	Possono essere ricercate, con le consuete modalità, anche le Comunicazioni di infortunio inviate tramite file
Tutte le gestioni			
V1.2	13/12/2018	Introduzione-Menù Utilità, p. <a href="#">27</a>  Menù Utilità: Classificazione delle professioni-CP2011 Manuale Utente e documentazione Guide di compatibilità tipologiche pp. <a href="#">164-166</a>	Selezionando “Manuale utente e documentazione” si accede alla nuova pagina del portale INAIL dedicata alla documentazione della Comunicazione di infortunio, disponibile seguendo il percorso <i>Atti e documenti &gt; Moduli e modelli &gt; Prevenzione &gt; Comunicazione di infortunio</i> , nella quale è possibile scaricare il manuale.  Selezionando invece “Classificazione delle professioni-CP2011” o “Guide di compatibilità tipologiche” si accede alla nuova pagina del portale INAIL dedicata alle tabelle di decodifica della Comunicazione di infortunio e disponibile seguendo il percorso <i>Atti e documenti &gt; Moduli e modelli &gt; Prevenzione &gt; Comunicazione di infortunio &gt; Tabelle di decodifica</i> . In tale pagina, oltre alla classificazione delle professioni CP2011 realizzata secondo il modello ISTAT e alle guide sulle compatibilità tipologiche presenti e verificate dall'applicativo nella sezione <a href="#">Lavoratore – Rapporto di lavoro</a> , sono disponibili le tabelle di decodifica da consultare in caso di necessità durante la compilazione online oppure utilizzare, solo in caso di gestione IASPA o conto Stato, per l'invio della Comunicazione tramite file

# COME ACCEDERE ALLA COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO ONLINE

## Sito Inail

Il primo passo da compiere è la connessione al sito ufficiale dell'INAIL [www.inail.it](http://www.inail.it).

Da qui, per accedere ai servizi dell'Istituto erogati tramite Internet, è necessario selezionare **ACCEDI AI SERVIZI ONLINE**.



Fig. 1.



## Login

Si passa quindi alla pagina nella quale è necessario inserire i dati del **login**: **Nome utente**, ovvero codice fiscale della persona fisica, e **Password**.

**INAIL**  
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE  
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Cerca nel portale

ISTITUTO ATTIVITÀ ATTI E DOCUMENTI COMUNICAZIONE SERVIZI PER TE SUPPORTO ACCEDI AI SERVIZI ONLINE

Home > Accedi ai Servizi Online

> Registrazione - Login  
> Servizi attivi e di futura attivazione  
> Moduli online

ACCEDI AI SERVIZI ONLINE

Nome utente

Password

ACCEDI

[hai dimenticato la password?](#)

**MENU RAPIDO**  
> Moduli e modelli  
> Verificare la regolarità contributiva - Durc online  
> Accedi ai Servizi Online  
> Faq  
> Altri contenuti - Accesso civico

**AREE TEMATICHE**  
> Open Data  
> Casellario Centrale Infortuni  
> Centri Specialistici  
> Superabile  
> Amministrazione Trasparente

**CONTATTI**  
> Contact center  
> Sedi  
> Inail risponde  
> Agenda appuntamenti

**LINK DI SERVIZIO**  
> Privacy  
> Altri contenuti - Accessibilità e catalogo di dati, metadati e banche dati

f t r

INAIL sede centrale: P.le Pastore 6, 00144 Roma (RM) - P. IVA 00968951004

Sedi | Privacy | Mappa del sito

GB ES IT FR

Fig. 2.

La Comunicazione di Infortunio è accessibile da:

- **Datori di lavoro** e propri delegati
- **Comandanti** (per la gestione Navigazione)
- **Intermediari** del datore di lavoro e propri delegati
- **Utenti con credenziali dispositive** (limitatamente ai datori di lavoro del **settore agricoltura** e ai datori di lavoro di **soggetti non assicurati Inail**).

### Datori di lavoro e propri delegati (gestioni IASPA, Navigazione, Conto Stato)

Sono abilitati alla Comunicazione di infortunio:

- **Aziende** e loro delegati per gli infortuni occorsi ai lavoratori dei settori Industria, Artigianato, Servizi e Pubbliche Amministrazioni titolari di specifico rapporto assicurativo con l'Istituto (**gestione IASPA**);
- **Datori di lavoro di struttura di Pubblica Amministrazione**<sup>1</sup> e loro delegati, per gli eventi lesivi riguardanti il personale soggetto alla speciale forma della **gestione per conto dello Stato**;

<sup>1</sup> Per 'struttura' s'intende l'ufficio, avente autonomia gestionale ed individuato dall'Amministrazione tenendo conto dell'ubicazione e dell'ambito funzionale dello stesso, nel quale viene svolta l'attività.

- 
- **Datori di lavoro del settore Navigazione**, loro delegati e **Comandanti**, per gli eventi lesivi occorsi ai lavoratori titolari di specifico rapporto assicurativo con l'Istituto (**gestione Navigazione**);

Per l'accesso riservato a tale categoria è necessario inserire come dati del **login** il Codice fiscale del datore di lavoro (o di un suo delegato) e la Password<sup>2</sup>.

### **Intermediari del datore di lavoro e propri delegati (gestioni IASPA, Navigazione, Agricoltura)**

Sono abilitati alla Comunicazione di infortunio:

- **Consulenti del Lavoro** e coloro che, in base all'art.1 della Legge 12/1979, sono ad essi assimilati (per es. i dottori Commercialisti muniti della comunicazione di attività di Consulenti del lavoro fatta alla Direzione Provinciale del Lavoro);
- **Associazioni di categoria**;
- **Raccomandatari marittimi**.

Per l'accesso riservato a tale categoria è necessario inserire il Codice fiscale e la Password, fornita dalla sede INAIL competente, come dati del **login**.

### **Utenti con credenziali dispositive (Datori di lavoro del settore Agricoltura o di soggetti non assicurati Inail)**

In caso di 'Utenti con credenziali dispositive', il servizio della Comunicazione di infortunio è riservato esclusivamente alle seguenti categorie:

- **Datori di lavoro del settore Agricoltura**. Sono escluse dall'obbligo di invio della comunicazione le seguenti categorie: coltivatori diretti, mezzadri e piccoli coloni compartecipanti familiari.
- **Datori di lavoro di soggetti non assicurati Inail e loro delegati** (ad es. datori di lavoro di personale addetto alla navigazione aerea, volontari del corpo nazionale dei Vigili del Fuoco e della Protezione Civile, impiegati e dirigenti assicurati all'ENPAIA, giornalisti assicurati all'INPGI, ecc.)

Per poter accedere alla Comunicazione di infortunio, il datore di lavoro agricolo e il datore di lavoro (o suo delegato) di soggetto non assicurato Inail devono necessariamente essere in possesso delle credenziali dispositive ottenute attraverso una delle modalità sotto riportate<sup>3</sup>:

- Effettuando l'accesso con credenziali SPID, CNS (Carta Nazionale dei Servizi) o con Pin INPS;
- Attraverso l'applicativo online 'Richiedi credenziali dispositive' (disponibile al seguente link: <https://gestioneaccessi.inail.it/IAA/public/regUtenteCredenzialiDispositive.action>), che consente l'invio dell'apposito modulo di richiesta abilitazione 'Utenti con credenziali dispositive' (e della copia fronteretro di un documento d'identità in corso di validità. L'Inail, effettuate le necessarie verifiche, procede all'invio delle credenziali di accesso via sms e email/Pec);
- Presso le sedi territoriali Inail presentando l'apposito modulo 'Utenti con credenziali dispositive' pubblicato sul portale e copia fronteretro di un documento d'identità in corso di validità. Il modulo di richiesta è disponibile al seguente percorso di navigazione 'Home > Atti e Documenti > Moduli e modelli > Altri moduli > Abilitazione ai servizi online'.

---

<sup>2</sup> Leggi le info sulle [nuove modalità di accesso ai servizi online per le aziende](#), la [circolare n.81 del 30 novembre 2015](#) e le istruzioni per la profilazione sotto la voce 'Registrazione' della sezione ACCEDI AI SERVIZI ON LINE del portale Inail.

<sup>3</sup> Ulteriori indicazioni sull'acquisizione delle credenziali sono consultabili sul sito Inail nella sezione 'ACCEDI AI SERVIZI ON LINE', sotto la voce 'Registrazione'.

Per l'accesso riservato a tale categoria è necessario inserire il Codice fiscale e la Password come dati del login.

## My Home

Confermati i dati immessi nel login tramite il pulsante **ACCEDI**, appare la **My Home** con l'elenco dei servizi online dell'Istituto ai quali l'utente è abilitato ad accedere, suddivisi per argomento.



Fig. 3.

All'interno della macro area **Denuncia di infortunio e malattia**, si potrà selezionare la **Comunicazione di infortunio**.

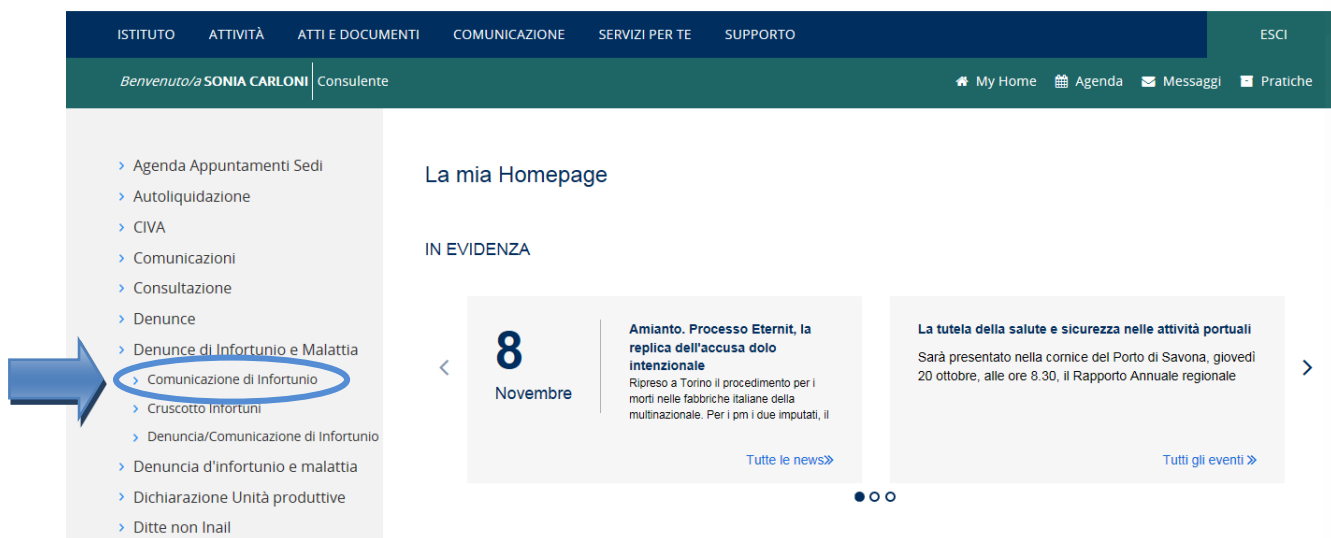


Fig. 4.

## PAGINA DI ACCOGLIENZA COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Selezionata la [Comunicazione di infortunio](#) tra i servizi del portale, viene visualizzata una pagina di accoglienza contenente il riferimento normativo che sancisce l'obbligo di invio dalla Comunicazione di infortunio a fini statistici e informativi e che varia in base alle gestioni:

- **Gestioni CONTO STATO, IASPA, NAVIGAZIONE e AGRICOLTURA:**

*La comunicazione di infortunio è l'adempimento con cui il datore di lavoro comunica all'Inail e per il suo tramite al sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro (SINP), a fini statistici e informativi, i dati e le informazioni relativi agli infortuni sul lavoro dei lavoratori dipendenti o assimilati che comportino l'assenza dal lavoro di almeno un giorno escluso quello dell'evento (combinato disposto art. 3, art. 18, comma 1, lettera r, e art. 21 d.lgs. n. 81/2008 e s.m.). La durata della prognosi riportata sul primo certificato medico deve essere ricompresa nell'arco di tempo da uno a tre giorni escluso quello dell'evento. Se la prognosi riportata sul primo certificato medico è superiore a tre giorni il datore di lavoro deve utilizzare il servizio Denuncia/Comunicazione di infortunio per presentare la denuncia a fini assicurativi (art. 53 dpr n. 1124 del 30 giugno 1965 e art. 18, comma 1, lettera r d.lgs. 81/2008 e s.m.).*

- **Gestione DATORI DI LAVORO DI SOGGETTI NON ASSICURATI INAIL** il riferimento normativo è il seguente:

*La comunicazione di infortunio è l'adempimento con cui il datore di lavoro e dirigenti comunicano all'Inail e per il suo tramite al sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro (SINP), a fini statistici e informativi, i dati e le informazioni relativi agli infortuni sul lavoro dei lavoratori dipendenti o assimilati che comportino l'assenza dal lavoro di almeno un giorno escluso quello dell'evento (combinato disposto art. 3, art. 18, comma 1, lettera r, e art. 21 d.lgs. n. 81/2008 e s.m.).*

**INAIL**  
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE  
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Cerca nel portale

ISTITUTO ATTIVITÀ ATTI E DOCUMENTI COMUNICAZIONE SERVIZI PER TE SUPPORTO ESCI

Benvenuto/a SONIA CARLONI My Home

◀ Torna alla mia Homepage

- > Nuova comunicazione di infortunio
- > Comunicazioni in bozza
- > Comunicazioni inviate
- > Ricerca certificati medici
- > Archivio news

Utilità

- Classificazione delle Professioni ISTAT - CP2011 »
- Riferimenti Normativi »
- Manuale Utente e Documentazione »
- Guida di compatibilità Tipo Polizza - Lavoratore - Qualifica assicurativa »

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

### Comunicazione di infortunio

La comunicazione di infortunio è l'adempimento con cui il datore di lavoro e i dirigenti comunicano all'Inail e per il suo tramite al Sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro (SINP), a fini statistici e informativi, i dati e le informazioni relativi agli infortuni sul lavoro dei lavoratori dipendenti o assimilati che comportino l'assenza dal lavoro di almeno un giorno escluso quello dell'evento e non superiore a tre giorni (combinato disposto art. 3, art. 18, comma 1, lettera r, e art. 21 d.lgs. n. 81/2008 e s.m.). Se invece sul primo certificato medico viene riportata "prognosi riservata", "prognosi superiore a tre giorni", "malattia infortunio" o in caso di decesso del lavoratore, il datore di lavoro deve utilizzare il servizio online Denuncia/Comunicazione di infortunio per presentare la denuncia ai fini assicurativi (art. 53 d.p.r. n. 1124/1965, e art. 18, comma 1, lettera r d.lgs. 81/2008 e s.m.).

NUOVA COMUNICAZIONE +

NEWS [Vedi tutte le news >](#)

13/12/2018 **Attivata la funzionalità di invio "Tramite file" della Comunicazione di infortunio. Leggi le ulteriori specifiche**

Attivata la funzionalità "Tramite file" della Comunicazione di infortunio per l'invio di una nuova comunicazione tramite il caricamento di un file XML. Ulteriori specifiche sono elencate nel manuale utente e nel file con la cronologia delle versioni del servizio disponibili, insieme allo schema XML del file, nella consueta pagina contenente la documentazione del servizio online seguendo il percorso del portale Inail Home > Atti e documenti > Moduli e modelli > Prevenzione

COMUNICAZIONI IN BOZZA

Elementi per pagina 10

N°Comunicazione	PAT	Lavoratore	Data ultima modifica	
4487	011361831	DIOMENICO GENTILE	27/07/2018	<a href="#">✎</a> <a href="#">✕</a>
3860	011361831	ISMAIL SADIKI	23/04/2018	<a href="#">✎</a> <a href="#">✕</a>

Fig. 5.

In base al profilo dell'utente e ad alcune peculiarità assicurative, il percorso per arrivare alla pagina di accoglienza della Comunicazione prevede o meno ulteriori schermate da compilare, come di seguito riportato per ciascuno dei profili utente che hanno effettuato il login.

### ***Datore di lavoro e propri delegati (gestioni IASPA, Navigazione, Conto Stato)***

1. Se il datore di lavoro appartiene alla gestione Conto Stato oppure la ditta è titolare solo di PAT (gestione IASPA) o solo di PAN (gestione NAVIGAZIONE), viene mostrata la pagina di accoglienza [Comunicazione di infortunio](#).
2. Se la ditta è titolare sia di PAT che di PAN, viene visualizzata la pagina [Tipologia gestione](#) nella quale scegliere la *gestione IASPA* oppure il *settore NAVIGAZIONE*.

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

#### **Tipologia gestione**

Seleziona la gestione per la quale vuoi inviare la Comunicazione di infortunio

CONTINUA

- ☐ **Gestione IASPA**  
Industria, Artigianato, Servizi e Pubbliche Amministrazioni titolari di P.A.T.
- ☐ **Settore NAVIGAZIONE**  
Aziende marittime titolari di P.A.N.

Fig. 6.

L'utente sceglie la gestione e alla conferma tramite il pulsante [CONTINUA](#) viene mostrata la pagina di accoglienza [Comunicazione di infortunio](#).

### ***Intermediario del datore di lavoro e suoi delegati (gestioni IASPA, Navigazione, Agricoltura)***

Selezionata la [Comunicazione di infortunio](#) tra i servizi del portale, viene mostrata la pagina [Aziende in delega](#) nella quale l'utente seleziona la ditta in delega oppure l'azienda agricola per conto della quale operare, oppure specifica di operare per conto di un datore di lavoro di soggetto non assicurato INAIL tramite i tab [ELENCO DITTE IN DELEGA](#) e [AGRICOLTURA E SOGGETTI NON ASSICURATI INAIL](#).

## COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

## Aziende in delega

In questa pagina è possibile indicare l'azienda per la quale si intende inviare la comunicazione di infortunio.

Sezione **ELENCO DITTE IN DELEGA**: Elenco delle ditte risultanti in delega per le quali è possibile procedere alla compilazione di una comunicazione di infortunio.

Sezione **AGRICOLTURA E DL PRIVATI DI LAVORATORI ASSICURATI PRESSO ALTRI ENTI O CON POLIZZE PRIVATE**: In caso di intermediario con delega/mandato per conto di datori di lavoro del settore agricoltura DL privati di lavoratori assicurati presso altri Enti o con polizze private (è necessario allegare copia della delega/mandato ricevuto) è possibile procedere all'invio della comunicazione per:

- **DATORI DI LAVORO DEL SETTORE AGRICOLTURA**. Sono escluse dall'obbligo di invio della comunicazione le seguenti categorie: coltivatori diretti del fondo, mezzadri, piccoli coloni compartecipanti familiari
- **DL PRIVATI DI LAVORATORI ASSICURATI PRESSO ALTRI ENTI O CON POLIZZE PRIVATE**: Ad esempio datori di lavoro di: personale addetto alla navigazione aerea, volontari del corpo nazionale dei Vigili del Fuoco e della Protezione Civile, impiegati e dirigenti assicurati all'ENPAIA, giornalisti assicurati all'INPGI, ecc.

ELENCO DITTE IN DELEGA

AGRICOLTURA E SOGGETTI NON ASSICURATI INAIL

FILTRA PER

Ditta

Ragione sociale o codice ditta

Lettera alfabeto

Tutte

FILTRA

Azzera

Elementi per pagina

10

Codice ditta	Ragione sociale	
3	ABC	Avanti >>
8351	poi	Avanti >>
4095130	Ditta 4095130	Avanti >>
4428893	Ditta 4428893	Avanti >>

Fig. 7.

**Tab ELENCO DITTE IN DELEGA**

Il tab viene mostrato di default all'accesso alla pagina insieme all'elenco paginato di tutte le ditte che risultano in delega all'intermediario.

L'utente ha a disposizione le seguenti opzioni:

- Selezionare la ditta direttamente dall'elenco proposto cliccando su **Avanti >>**.
- Ricerca una ditta valorizzando uno dei filtri e cliccando poi sul pulsante **FILTRA**. Selezionando invece **Azzera**, i filtri precedentemente impostati vengono rimossi.

I filtri di ricerca sono i seguenti:

- **Ditta**: il campo, valorizzato con la Ragione sociale oppure con il Codice ditta, consente di visualizzare l'elenco delle ditte che rispondono al criterio di selezione immesso.
- **Lettera alfabeto**: il campo contiene l'elenco delle lettere dell'alfabeto inglese e il valore 'Tutte'. Scelta una lettera, l'elenco mostra solo le ditte la cui Ragione sociale inizia

con la lettera selezionata; se l'utente sceglie 'Tutte' viene mostrato l'elenco completo di tutte le ditte in delega.

Selezionata la ditta di interesse:

- Se la ditta è titolare solo di PAT (Posizione Assicurativa Territoriale - gestione IASPA) o solo di PAN (Posizione Assicurativa Navigazione - gestione Navigazione), alla conferma della scelta si accede alla pagina di accoglienza [Comunicazione di infortunio](#).
- Se la ditta è invece titolare sia di PAT che di PAN, viene mostrata la pagina [Tipologia gestione](#) in cui scegliere la *gestione IASPA* oppure il *settore NAVIGAZIONE* e quindi, alla conferma della scelta, la pagina di accoglienza [Comunicazione di infortunio](#).

#### COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

### Tipologia gestione

Seleziona la gestione per la quale vuoi inviare la Comunicazione di infortunio

CONTINUA

- ☐ **Gestione IASPA**  
Industria, Artigianato, Servizi e Pubbliche Amministrazioni titolari di P.A.T.
- ☐ **Settore NAVIGAZIONE**  
Aziende marittime titolari di P.A.N.

## Tab AGRICOLTURA E SOGGETTI NON ASSICURATI INAIL

Selezionando il tab, l'intermediario può operare per conto di un datore di lavoro del settore agricoltura ([Soggetto agricolo](#)), oppure per conto di un datore di lavoro di soggetto non assicurato Inail ([Soggetto non assicurato Inail](#)), selezionando la corrispondente opzione.

Fig. 8.

### Soggetto agricolo

Selezionando questa opzione è possibile effettuare negli archivi Inail la [RICERCA](#) dell'azienda agricola valorizzando il campo [Azienda](#) con il Codice fiscale alfanumerico o numerico di questa e cliccando sulla lente di ingrandimento all'estremità del campo.

Se la ricerca ha esito positivo, viene mostrato l'elenco con i seguenti dati di ogni azienda trovata:

- Codice fiscale
- Ragione sociale / Cognome e nome
- Comune
- Tipologia DL
- Ultimo aggiornamento

ELENCO DITTE IN DELEGA

AGRICOLTURA E SOGGETTI NON ASSICURATI INAIL

Ricerca azienda agricola

☒ Soggetto agricolo
 ☐ Soggetto non assicurato INAIL

Azienda

Hai cercato il codice fiscale: **BBBDNC70A50C352R**

Le righe in elenco non selezionabili sono relative a tipologie di datori di lavoro non soggette all'obbligo di invio della comunicazione di infortunio a fini statistici.

Se nell'elenco sottostante non e' presente la tipologia di datore di lavoro ricercata, e' possibile inserirla accedendo all'applicazione 'Gestione DL agricolo dal menu della Home.

Elementi per pagina 10

Codice fiscale	Ragione sociale / Cognome e nome	Comune	Tipologia DL	Ultimo aggiornamento	
BBBDNC70A50C352R	BUBBA DOMENICA	ESCOLCA (CA)	AUTONOMO - COLTIVATORE DIRETTO SETTORE AGRICOLO	02/08/2017	
BBBDNC70A50C352R	BUBBA DOMENICA	BRENTINO BELLUNO (VR)	AUTONOMO - IMPRENDITORE PROFESSIONISTA SETTORE AGRICOLO	07/09/2017	Avanti »
BBBDNC70A50C352R	BUBBA DOMENICA	CASALDUNI (BN)	PCCF - CONCEDENTE SETTORE AGRICOLO	03/10/2017	
BBBDNC70A50C352R	BUBBA DOMENICA	CARPIGNANO SESIA (NO)	AZIENDA AGRICOLA	02/08/2017	Avanti »

Fig. 9.

Se è presente l'azienda agricola per conto della quale inserire la comunicazione di infortunio ed è corretta anche la **Tipologia DL**, cliccando sul corrispondente link **Avanti>>** l'utente accede alla pagina di accoglienza **Comunicazione di infortunio**.

Se invece la **Tipologia DL** dell'azienda fosse tra quelle escluse dall'obbligo di invio della Comunicazione ed elencate nell'informativa presente nella pagina (coltivatori diretti, mezzadri, piccoli coloni compartecipanti familiari), il relativo elemento della lista non può essere selezionato, come evidenziato anche nel testo del messaggio: *Le voci in elenco non selezionabili sono relative a tipologie di datori di lavoro non soggette all'obbligo di invio della comunicazione di infortunio a fini statistici.*

Nel dettaglio:



- Se **Tipologia DL** è *Imprenditore professionista settore agricolo* oppure *Azienda agricola*, il relativo elemento della lista è selezionabile tramite il link **Avanti>>** posto sul lato destro;
- Per tutte le altre tipologie di datore di lavoro, la relativa azienda non è selezionabile e, in corrispondenza di essa, non è presente il link **Avanti>>**.

Inoltre, nel caso in cui nell'elenco proposto non fosse presente la corretta **Tipologia DL** per l'azienda ricercata, si può procedere con il suo censimento tramite l'apposito servizio online, come evidenziato anche dal seguente messaggio presente nella pagina: *Se nell'elenco sottostante non è presente la tipologia di datore di lavoro ricercata, è possibile inserire un nuovo datore di lavoro agricolo accedendo all'applicazione **Gestione DL agricolo** dal menu della My Home.*

Se la ricerca tramite codice fiscale ha esito negativo, non essendo questo censito negli archivi dell'Istituto, si può procedere all'inserimento di un nuovo datore di lavoro agricolo tramite il servizio online **Gestione DL Agricolo**<sup>4</sup>.

Nella pagina viene mostrato il messaggio: *Hai cercato il codice fiscale xxxxxxxx. La ricerca effettuata ha avuto esito negativo, è possibile inserire un nuovo datore di lavoro agricolo accedendo all'applicazione **Gestione DL agricolo** dal menu della My Home.*

#### COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

### Aziende in delega

In questa pagina è possibile indicare l'azienda per la quale si intende inviare la comunicazione di infortunio.

Sezione **ELENCO DITTE IN DELEGA**: Elenco delle ditte risultanti in delega per le quali è possibile procedere alla compilazione di una comunicazione di infortunio.

Sezione **AGRICOLTURA E DL PRIVATI DI LAVORATORI ASSICURATI PRESSO ALTRI ENTI O CON POLIZZE PRIVATE**: In caso di intermediario con delega/mandato per conto di datori di lavoro del settore agricoltura DL privati di lavoratori assicurati presso altri Enti o con polizze private (e' necessario allegare copia della delega/mandato ricevuto) e' possibile procedere all'invio della comunicazione per:

• **DATORI DI LAVORO DEL SETTORE AGRICOLTURA:**

Sono escluse dall'obbligo di invio della comunicazione le seguenti categorie: coltivatori diretti del fondo, mezzadri, piccoli coloni compartecipanti familiari

• **DL PRIVATI DI LAVORATORI ASSICURATI PRESSO ALTRI ENTI O CON POLIZZE PRIVATE:**

Ad esempio datori di lavoro di: personale addetto alla navigazione aerea, volontari del corpo nazionale dei Vigili del Fuoco e della Protezione Civile, impiegati e dirigenti assicurati all'ENPAIA, giornalisti assicurati all'INPGI, ecc.

ELENCO DITTE IN DELEGA	AGRICOLTURA E SOGGETTI NON ASSICURATI INAIL
<p><b>Ricerca azienda agricola</b></p> <p> <input checked="" type="radio"/> Soggetto agricolo           <input type="radio"/> Soggetto non assicurato INAIL         </p> <p>Azienda</p> <p> <input type="text" value="1111111111"/> <input type="button" value="Q"/> </p>	

Hai cercato il codice fiscale: 1111111111

La ricerca effettuata ha avuto esito negativo. È possibile inserire una nuova tipologia di datore di lavoro agricolo accedendo all'applicazione '**Gestione DL agricolo**' dal menu della Home.

Fig. 10.

<sup>4</sup> Il manuale utente del servizio online '**Gestione DL Agricolo**' è disponibile nel portale Inail alle sezioni *Supporto > Guide e manuali operativi* oppure *Atti e documenti > Moduli e modelli > Prevenzione > Comunicazione di infortunio*.

## Soggetto non assicurato Inail

Selezionando questa opzione è subito disponibile il link [nuova comunicazione](#) tramite il quale si accede alla pagina di accoglienza della [Comunicazione di infortunio](#).

Durante la compilazione di una comunicazione di infortunio, nella sezione [Allegati](#) è previsto un controllo che obbliga l'utente ad allegare, in formato PDF, una copia del mandato ricevuto dal datore di lavoro. La presenza di questo tipo di allegato è condizione necessaria per poter procedere con l'invio della comunicazione.

### COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

#### Aziende in delega

In questa pagina è possibile indicare l'azienda per la quale si intende inviare la comunicazione di infortunio.

Sezione **ELENCO DITTE IN DELEGA**: Elenco delle ditte risultanti in delega per le quali è possibile procedere alla compilazione di una comunicazione di infortunio.

Sezione **AGRICOLTURA E DL PRIVATI DI LAVORATORI ASSICURATI PRESSO ALTRI ENTI O CON POLIZZE PRIVATE**: In caso di intermediario con delega/mandato per conto di datori di lavoro del settore agricoltura DL privati di lavoratori assicurati presso altri Enti o con polizze private (e' necessario allegare copia della delega/mandato ricevuto) e' possibile procedere all'invio della comunicazione per:

**DATORI DI LAVORO DEL SETTORE AGRICOLTURA:**

Sono escluse dall'obbligo di invio della comunicazione le seguenti categorie: coltivatori diretti del fondo, mezzadri, piccoli coloni partecipanti familiari

**DL PRIVATI DI LAVORATORI ASSICURATI PRESSO ALTRI ENTI O CON POLIZZE PRIVATE:**

Ad esempio datori di lavoro di: personale addetto alla navigazione aerea, volontari del corpo nazionale dei Vigili del Fuoco e della Protezione Civile, impiegati e dirigenti assicurati all'ENPAIA, giornalisti assicurati all'INPGI, ecc.

ELENCO DITTE IN DELEGA	AGRICOLTURA E SOGGETTI NON ASSICURATI INAIL
<p><b>Ricerca azienda agricola</b></p> <p> <input type="radio"/> Soggetto agricolo           <input checked="" type="radio"/> Soggetto non assicurato INAIL         </p> <p>Compila una <a href="#">nuova comunicazione o visualizza le bozze</a> come datore di lavoro di soggetto non assicurato INAIL</p>	

Fig. 11.

## Utente con credenziali dispositive (datore di lavoro agricolo o di soggetto non assicurato Inail)

Selezionata la [Comunicazione di infortunio](#) tra i servizi del portale, viene mostrata la pagina [Scelta tipologia datore di lavoro](#) nella quale il primo messaggio all'utente riguarda l'esclusività del servizio riservato infatti ai soli datori di lavoro del settore Agricoltura e ai datori di lavoro di soggetti non assicurati Inail:

*Il servizio è riservato esclusivamente a:*

- **DATORI DI LAVORO DEL SETTORE AGRICOLTURA**

*Sono escluse dall'obbligo di invio della comunicazione le seguenti categorie: Coltivatori diretti, Mezzadri, Piccoli coloni partecipanti familiari.*

- **DATORI DI LAVORO DI SOGGETTI NON ASSICURATI INAIL**

*Ad esempio datori di lavoro di: personale addetto alla navigazione aerea, volontari del corpo nazionale dei Vigili del Fuoco e della Protezione civile, impiegati e dirigenti assicurati all'ENPAIA, giornalisti assicurati all'INPGI, ecc...*

Solo dopo aver selezionato il check [Confermo di aver preso visione di quanto sopra descritto](#), l'utente può procedere con la scelta della tipologia di datore di lavoro tramite i due tab [DATORE DI LAVORO AGRICOLO](#) e [DATORE DI LAVORO DI SOGGETTI NON ASSICURATI INAIL](#):

1. [DATORE DI LAVORO AGRICOLO](#) per procedere con la ricerca della propria azienda agricola.
2. [DATORE DI LAVORO DI SOGGETTI NON ASSICURATI INAIL](#), specificando se intende operare in qualità di datore di lavoro oppure in qualità di delegato del datore di lavoro. Confermando la scelta l'utente accede direttamente alla pagina di accoglienza [Comunicazione di infortunio](#).

#### COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

### Scelta tipologia datore di lavoro

INFORMATIVA

Il servizio e' riservato esclusivamente a:

- DATORI DI LAVORO DEL SETTORE AGRICOLTURA.

Sono escluse dall'obbligo di invio della comunicazione le seguenti categorie: coltivatori diretti, mezzadri, piccoli coloni partecipanti familiari

- DATORI DI LAVORO DI SOGGETTI NON ASSICURATI INAIL.

Ad esempio datori di lavoro di: personale addetto alla navigazione aerea, volontari del corpo nazionale dei Vigili del Fuoco e della Protezione Civile, impiegati e dirigenti assicurati all'ENPAIA, giornalisti assicurati all'INPGI, ecc.

☒ Confermo di aver preso visione di quanto sopra descritto

DATORE DI LAVORO AGRICOLO

DATORE DI LAVORO DI SOGGETTO NON ASSICURATO INAIL

Ricerca azienda agricola

Codice fiscale/Partita iva dell'azienda

Fig. 12.

### Tab DATORE DI LAVORO AGRICOLO

Selezionando questa opzione è possibile effettuare negli archivi Inail la [RICERCA AZIENDA AGRICOLA](#) valorizzando il campo con il Codice fiscale alfanumerico o numerico e cliccando sulla lente di ingrandimento all'estremità del campo.

Nel dettaglio:

- In caso di ricerca della propria ditta individuale, l'apposito campo deve essere valorizzato con il codice fiscale alfanumerico della ditta stessa che deve corrispondere al codice fiscale con cui l'utente ha effettuato il login. Non è infatti possibile ricercare una ditta individuale con un codice fiscale diverso da quello dell'utente e, nel caso in cui ciò avvenisse, un apposito messaggio avvisa sull'impossibilità di tale ricerca.
- In caso di ricerca della propria azienda agricola, l'apposito campo deve essere valorizzato con il codice fiscale numerico dell'azienda agricola.

Se la ricerca ha esito positivo, viene mostrato l'elenco di ciascuna azienda trovata con i seguenti dati:

- Codice fiscale
- Ragione sociale / Cognome e nome
- Comune
- Tipologia DL
- Ultimo aggiornamento

## COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

## Scelta tipologia datore di lavoro

## INFORMATIVA

Il servizio e' riservato esclusivamente a:

• DATORI DI LAVORO DEL SETTORE AGRICOLTURA.

Sono escluse dall'obbligo di invio della comunicazione le seguenti categorie: coltivatori diretti, mezzadri, piccoli coloni compartecipanti familiari

• DATORI DI LAVORO DI SOGGETTI NON ASSICURATI INAIL.

Ad esempio datori di lavoro di: personale addetto alla navigazione aerea, volontari del corpo nazionale dei Vigili del Fuoco e della Protezione Civile, impiegati e dirigenti assicurati all'ENPAIA, giornalisti assicurati all'INPGI, ecc.

☒ Confermo di aver preso visione di quanto sopra descritto

## DATORE DI LAVORO AGRICOLO

## DATORE DI LAVORO DI SOGGETTO NON ASSICURATO INAIL

## Ricerca azienda agricola



Hai cercato il codice fiscale: **BBBDNC70A50C352R**

Le righe in elenco non selezionabili sono relative a tipologie di datori di lavoro non soggette all'obbligo di invio della comunicazione di infortunio a fini statistici.

Se nell'elenco sottostante non e' presente la tipologia di datore di lavoro ricercata, e' possibile inserirla accedendo all'applicazione 'Gestione DL agricolo' dal menu della Home.

Elementi per pagina 10

Codice fiscale	Ragione sociale/ Cognome e nome	Comune	Tipologia DL	Ultimo aggiornamento	
BBBDNC70A50C352R	BUBBA DOMENICA	ESCOLCA (CA)	AUTONOMO - COLTIVATORE DIRETTO SETTORE AGRICOLO	02/08/2017	
BBBDNC70A50C352R	BUBBA DOMENICA	BRENTINO BELLUNO (VR)	AUTONOMO - IMPRENDITORE PROFESSIONISTA SETTORE AGRICOLO	07/09/2017	Avanti »
BBBDNC70A50C352R	BUBBA DOMENICA	CASALDUNI (BN)	PCCF - CONCEDENTE SETTORE AGRICOLO	03/10/2017	
BBBDNC70A50C352R	BUBBA DOMENICA	CARPIGNANO SESIA (NO)	AZIENDA AGRICOLA	02/08/2017	Avanti »

Fig. 13.

Se è presente l'azienda agricola per conto della quale inserire la comunicazione di infortunio ed è corretta anche la **Tipologia DL**, cliccando sul corrispondente link **Avanti>>** l'utente accede alla pagina di accoglienza **Comunicazione di infortunio**.

Se invece la **Tipologia DL** dell'azienda fosse tra quelle escluse dall'obbligo di invio della Comunicazione ed elencate nell'informativa presente nella pagina (coltivatori diretti, mezzadri, piccoli coloni compartecipanti familiari), il relativo elemento della lista non può essere selezionato, come evidenziato anche nel testo del messaggio: *Le voci in elenco non selezionabili sono relative a tipologie di datori di lavoro non soggette all'obbligo di invio della comunicazione di infortunio a fini statistici.*

Nel dettaglio:

- Se **Tipologia DL** è *Imprenditore professionista settore agricolo* oppure *Azienda agricola*, il relativo elemento della lista è selezionabile tramite il link **Avanti>>** posto sul lato destro;
- Per tutte le altre tipologie di datore di lavoro, la relativa azienda non è selezionabile e, in corrispondenza di essa, non è presente il link **Avanti>>**.

Inoltre, nel caso in cui nell'elenco proposto non fosse presente la corretta **Tipologia DL** per l'azienda ricercata, si può procedere con il suo censimento tramite l'apposito servizio online, come evidenziato anche dal seguente messaggio presente nella pagina: *Se nell'elenco sottostante non è presente la tipologia di datore di lavoro ricercata, è possibile inserire un nuovo datore di lavoro agricolo accedendo all'applicazione **Gestione DL agricolo** dal menu della My Home.*

Se la ricerca tramite codice fiscale ha esito negativo, non essendo questo censito negli archivi dell'Istituto, si può procedere all'inserimento di un nuovo datore di lavoro agricolo tramite il servizio online **Gestione DL Agricolo**<sup>5</sup>.

Nella pagina viene mostrato il messaggio: *Hai cercato il codice fiscale xxxxxxxx. La ricerca effettuata ha avuto esito negativo, è possibile inserire un nuovo datore di lavoro agricolo accedendo all'applicazione **Gestione DL agricolo** dal menu della My Home.*

## **Tab DATORE DI LAVORO DI SOGGETTO NON ASSICURATO INAIL**

Selezionando questa opzione è presente un messaggio di attenzione che ricorda all'utente che la sezione, riservata al **DATORE DI LAVORO DI SOGGETTO NON ASSICURATO INAIL**, **NON** deve essere utilizzata dai datori di lavoro appartenenti alle gestioni:

- IASPA, ovvero Industria, Artigianato, Servizi e Pubbliche Amministrazioni titolari di posizione assicurativa territoriale (PAT);
- Pubblica amministrazione in gestione per conto dello Stato;
- Navigazione marittima, titolari di posizione assicurativa navigazione (PAN);
- Agricoltura.

Per la gestione Industria, Artigianato, Servizi e Pubbliche Amministrazioni titolari di posizione assicurativa territoriale (IASPA), per la Pubblica amministrazione in gestione per conto dello Stato e per il settore della Navigazione marittima si accede con il ruolo specifico di **Datore di lavoro** (o **Comandante**) o **Delegato del datore di lavoro**.

Per il settore agricoltura si accede con il ruolo di **Utente con credenziali dispositive** all'apposita sezione **DATORE DI LAVORO AGRICOLO** presente nella pagina. L'utilizzo improprio del servizio, oltre a comportare un'errata gestione delle comunicazioni inviate, non consentirà l'eventuale utilizzo della funzione **Converti in denuncia** per i successivi adempimenti di competenza.

Solo dopo aver selezionato il check **Confermo di aver preso visione di quanto sopra descritto**, l'utente deve specificare se opera in qualità di **Datore di lavoro di soggetto non assicurato INAIL** oppure **Delegato del datore di lavoro di soggetto non assicurato INAIL** tramite le apposite opzioni. Effettuata la scelta, è disponibile il link **Compila una nuova comunicazione o visualizza le bozze** tramite il quale accedere alla pagina introduttiva di accoglienza della **Comunicazione di infortunio**.

Nel caso in cui l'utente avesse specificato di operare in qualità di **Delegato del datore di lavoro di soggetto non assicurato INAIL**, tramite la scelta dell'apposita opzione presente nella pagina, è

<sup>5</sup> Il manuale utente del servizio online 'Gestione DL Agricolo' è disponibile nel portale Inail alle sezioni *Supporto > Guide e manuali operativi* oppure *Atti e documenti > Moduli e modelli > Prevenzione > Comunicazione di infortunio*.

obbligato ad allegare, in formato PDF, una copia della delega ricevuta dal datore di lavoro nella sezione **Allegati** della Comunicazione di infortunio. La presenza di questo tipo di allegato è condizione necessaria per poter procedere con l'invio della Comunicazione.

## COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

## Scelta tipologia datore di lavoro

## INFORMATIVA

Il servizio e' riservato esclusivamente a:

• DATORI DI LAVORO DEL SETTORE AGRICOLTURA.

Sono escluse dall'obbligo di invio della comunicazione le seguenti categorie: coltivatori diretti, mezzadri, piccoli coloni compartecipanti familiari

• DATORI DI LAVORO DI SOGGETTI NON ASSICURATI INAIL.

Ad esempio datori di lavoro di: personale addetto alla navigazione aerea, volontari del corpo nazionale dei Vigili del Fuoco e della Protezione Civile, impiegati e dirigenti assicurati all'ENPAIA, giornalisti assicurati all'INPGI, ecc.

☒ Confermo di aver preso visione di quanto sopra descritto

## DATORE DI LAVORO AGRICOLO

## DATORE DI LAVORO DI SOGGETTO NON ASSICURATO INAIL

Attenzione!

La selezione della sezione Datori di lavoro di soggetto non assicurato Inail, NON deve essere utilizzata dai datori di lavoro appartenenti alle seguenti gestioni:

- industria, artigianato, servizi e pubbliche amministrazioni titolari di posizione assicurativa territoriale (PAT)
- Pubblica amministrazione in gestione per conto dello Stato;
- navigazione marittima, titolari di posizione assicurativa navigazione (PAN);
- agricoltura

Per la gestione industria, artigianato, servizi e pubbliche amministrazioni titolari di posizione assicurativa territoriale (IASPA), per la Pubblica amministrazione in gestione per conto dello Stato e per il settore della navigazione marittima si accede con il ruolo specifico di Datore di Lavoro (o Comandante) o delegato del datore di lavoro.

Per il settore agricoltura si accede con il ruolo di Utente con credenziali dispositive all'apposita sezione Datore di lavoro agricolo presente nella pagina.

L'utilizzo improprio del servizio, oltre a comportare un'errata gestione delle comunicazioni inviate, non consentirà l'eventuale utilizzo della funzione Converti in Denuncia per i successivi adempimenti di competenza.

☒ Confermo di aver preso visione di quanto sopra descritto

☒ Datore di lavoro di soggetto non assicurato INAIL

☐ Delegato del datore di lavoro di soggetto non assicurato INAIL

Compila una [nuova comunicazione o visualizza le bozze](#)

Fig. 14.



## INTRODUZIONE

Arrivati alla pagina di accoglienza della Comunicazione di infortunio, sono in essa visibili menu e funzionalità disponibili.

**INAIL**  
ISTITUTO NAZIONALE PER L'INNOVAZIONE  
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Cerca nel portale

ISTITUTO ATTIVITÀ ATTI E DOCUMENTI COMUNICAZIONE SERVIZI PER TE SUPPORTO

Benvenuto/a **SONIA CARLONI** [My Home](#)

◀ Torna alla mia Homepage

- > Nuova comunicazione di infortunio
- > Comunicazioni in bozza
- > Comunicazioni inviate
- > Ricerca certificati medici
- > Archivio news

**Utilità**

- Classificazione delle Professioni ISTAT - CP2011 »
- Riferimenti Normativi »
- Manuale Utente e Documentazione »
- Guida di compatibilità Tipo Polizza - Lavoratore - Qualifica assicurativa »

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

### Comunicazione di infortunio

La comunicazione di infortunio è l'adempimento con cui il datore di lavoro e i dirigenti comunicano all'Inail e per il suo tramite al Sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro (SINP), a fini statistici e informativi, i dati e le informazioni relativi agli infortuni sul lavoro dei lavoratori dipendenti o assimilati che comportino l'assenza dal lavoro di almeno un giorno escluso quello dell'evento e non superiore a tre giorni (combinato disposto art. 3, art. 18, comma 1, lettera r, e art. 21 d.lgs. n. 81/2008 e s.m.). Se invece sul primo certificato medico viene riportata "prognosi riservata", "prognosi superiore a tre giorni", "malattia infortunio" o in caso di decesso del lavoratore, il datore di lavoro deve utilizzare il servizio online Denuncia/Comunicazione di infortunio per presentare la denuncia ai fini assicurativi (art. 53 d.p.r. n. 1124/1965, e art. 18, comma 1, lettera r d.lgs. 81/2008 e s.m.).

**NUOVA COMUNICAZIONE**

**NEWS** [Vedi tutte le news »](#)

13/12/2018 **Attivata la funzionalità di invio "Tramite file" della Comunicazione di infortunio. Leggi le ulteriori specifiche**  
Attivata la funzionalità "Tramite file" della Comunicazione di infortunio per l'invio di una nuova comunicazione tramite il caricamento di un file XML. Ulteriori specifiche sono elencate nel manuale utente e nel file con la cronologia delle versioni del servizio disponibili, insieme allo schema XML del file, nella consueta pagina contenente la documentazione del servizio online seguendo il percorso del portale Inail Home > Atti e documenti > Moduli e modelli > Prevenzione

COMUNICAZIONI IN BOZZA

Elementi per pagina

N°Comunicazione	PAT	Lavoratore	Data ultima modifica	
4487	011361831	DOMENICO GENTILE	27/07/2018	<a href="#">✎</a> <a href="#">✖</a>
3860	011361831	ISMAIL SADIKI	23/04/2018	<a href="#">✎</a> <a href="#">✖</a>

Fig. 15.

## Corpo della pagina

Nel corpo della pagina, oltre al testo contenente il riferimento normativo, sono presenti le funzionalità di seguito elencate.

## NUOVA COMUNICAZIONE

Per procedere con l'inserimento di una nuova comunicazione è possibile utilizzare:

1. Il pulsante **NUOVA COMUNICAZIONE** oppure
2. La voce di menu **Nuova Comunicazione di infortunio**.

Selezionato il pulsante **NUOVA COMUNICAZIONE**, viene visualizzata la lista delle possibili modalità di inserimento di una nuova comunicazione:

1. Online
2. Tramite file



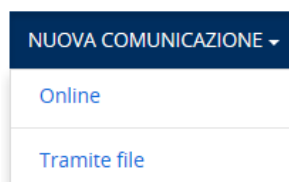


Fig. 16.

Analogamente, la voce di menu **Nuova Comunicazione di infortunio** mostra le sottovoci di menu:

1. Online
2. Tramite file

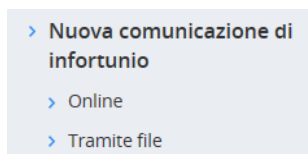


Fig. 17.

Se l'utente sceglie l'opzione **Online** o **Tramite file**, tramite pulsante o menu, viene visualizzata la prima pagina della Comunicazione da compilare. La pagina, come visto nel capitolo precedente, sarà diversa a seconda della tipologia di gestione o di utente.

## NEWS

In quest'area viene visualizzata l'ultima news relativa ad informazioni utili agli utenti su modifiche e aggiornamenti apportati al servizio online. Selezionando il link **Vedi tutte le news>>** è possibile accedere all'archivio di tutte le news pubblicate con:

- Data dell'ultima news disponibile
- Testo esteso della news

### NEWS E INFO

Elementi per pagina 10	
Data ▲	News ▼
29/09/2017	News 29/09/2017 - Invio offline: aggiornamento Istat, Asl, CAP e sedi Inail in vigore dal 29 settembre. Tutte le modifiche sono riportate in sintesi nel file contenente tutte le variazioni ed evidenziate in giallo nei due file di dettaglio "ISTAT-ASL" e "Sedi INAIL-CAP" pubblicati nella pagina "Tabelle di decodifica" del portale.
31/08/2017	News 31/08/2017 - Integrazione del servizio per l'estensione della copertura assicurativa a detenuti/internati impegnati in attività volontarie e gratuite, stranieri richiedenti asilo in possesso di permesso di soggiorno e allievi iscritti ai corsi ordinamentali di istruzione e formazione professionale curati dalle istituzioni formative e dagli istituti scolastici paritari, accreditati dalle Regioni per l'erogazione dei percorsi di istruzione e formazione professionale.

Fig. 18.

## COMUNICAZIONI IN BOZZA

In questa sezione della pagina viene mostrata la lista delle comunicazioni in bozza, ovvero la cui compilazione non è stata portata a termine.

Per ciascuna comunicazione in bozza vengono visualizzate le seguenti informazioni ed icone:

- N° Comunicazione.
- PAT (solo per la gestione IASPA) o PAN (solo per la gestione NAVIGAZIONE).
- Lavoratore (Nome e Cognome).
- Data ultima modifica.
- L'icona **matita** che consente di riprendere la compilazione di una bozza. Selezionata la matita, viene visualizzata l'ultima pagina compilata della Comunicazione di infortunio dalla quale proseguire con la compilazione e l'invio.
- L'icona **cestino** per cancellare una comunicazione in bozza. Selezionata l'icona, appare una finestra nella quale è chiesta la conferma della cancellazione eseguita la quale la comunicazione in bozza viene eliminata.

Nel caso di superamento di 10 bozze l'applicativo restituisce il seguente avviso: "Superato il numero di Comunicazioni in bozza" e sarà quindi necessario eliminarle tramite l'apposita icona del cestino per poter procedere alla compilazione di una nuova Comunicazione.

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio

1 PAT > 2 Polizza e voce tariffa > 3 Datore di lavoro > 4 Lavoratore > 5 Infortunio > 6 / ▶

✖ Superato il numero massimo di Comunicazioni in bozza

DATI ANAGRAFICI DITTA

Codice ditta	Codice fiscale	Sede INAIL
8351	BCCGNN66B48H163G	MODENA
Cognome e nome o ragione sociale	Codice ATECO	
BOCCHIERI GIOVANNA	63111	

SONO PRESENTI 4 PAT

Filtra per

TUTTE LE PAT ▼ FILTRA

Elementi per pagina 10 ▼

	PAT	Data inizio	Data cessazione	Comune	Provincia
<input checked="" type="radio"/>	011361831	01/10/1997		GUIGLIA	MO
<input type="radio"/>	023300022	01/09/2017		MODENA	MO
<input type="radio"/>	093044416	01/12/2017		GUIGLIA	MO
<input type="radio"/>	093044417	01/01/2017		GUIGLIA	MO

Cancella dati

SALVA BOZZA CONTINUA >

Fig. 19.

## Menu utente

Le voci presenti nel menu utente consentono di:

- **Nuova comunicazione di infortunio:** inserire una nuova Comunicazione di infortunio con le modalità prima descritte;
- **Comunicazioni in bozza:** visualizzare le comunicazioni di infortunio in bozza per l'eventuale completamento e invio;
- **Comunicazioni inviate:** visualizzare le comunicazioni di infortunio inviate;
- **Ricerca certificati medici:** ricercare e visualizzare i certificati medici di infortunio pervenuti telematicamente all'INAIL;
- **Archivio news:** consultare le news pubblicate.

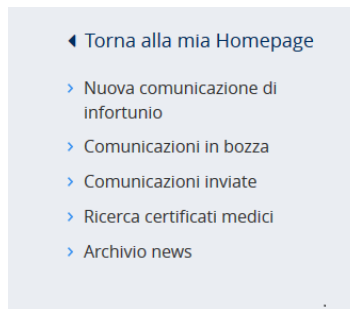


Fig. 20.

## ***Torna alla mia Homepage***

La funzione **Torna alla mia Homepage**, presente nella pagina di accoglienza e per tutta la navigazione dell'applicativo, consente di chiudere la sessione di lavoro nella Comunicazione di infortunio e di tornare quindi alla My Home senza annullare le credenziali utilizzate per l'accesso al portale.

## ***Menu Utilità***

Le voci presenti nel menu **Utilità** sono le seguenti:

- **Classificazione delle Professioni – CP2011:** il link consente l'accesso alla nuova pagina del portale INAIL dedicata alle tabelle di decodifica della Comunicazione di infortunio, disponibile seguendo il percorso *Atti e documenti > Moduli e modelli > Prevenzione > Comunicazione di infortunio > Tabelle di decodifica*, e nella quale reperire la classificazione delle professioni CP2011 (realizzata secondo il modello ISTAT);
- **Riferimenti Normativi:** accesso all'elenco dei riferimenti normativi;
- **Manuale utente e documentazione:** il link consente l'accesso alla nuova pagina del portale INAIL dedicata alla documentazione della Comunicazione di infortunio, disponibile seguendo il percorso *Atti e documenti > Moduli e modelli > Prevenzione > Comunicazione di infortunio* e nella quale è possibile scaricare il manuale;
- **Guida di compatibilità tipologica:** il link, che in base alla gestione cambia automaticamente il nome in
  - Guida di compatibilità tipi Polizza – Lavoratore - Qualifica Assicurativa (gestione IASPA);
  - Guida di compatibilità tipi Lavoratore - Qualifica Assicurativa (gestioni Conto Stato, Navigazione, Agricoltura);

consente l'accesso alla nuova pagina del portale INAIL dedicata alle tabelle di decodifica della Comunicazione di infortunio, disponibile seguendo il percorso *Atti e documenti > Moduli e modelli > Prevenzione > Comunicazione di infortunio > Tabelle di decodifica*, e nella quale reperire la guida sulle possibili associazioni dei dati in oggetto proposte e verificate dall'applicativo nella sezione **Lavoratore – Rapporto di lavoro** in base alla gestione.

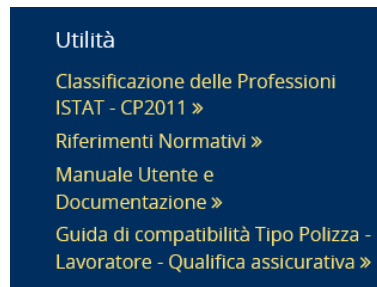


Fig. 21.

## **Esci**

La funzione **Esci**, presente nella pagina di accoglienza e per tutta la navigazione dell'applicativo, consente di effettuare il logout dal portale dell'Istituto annullando le credenziali utilizzate per l'accesso.

## **Step wizard – Nuova Comunicazione online**

La navigazione delle pagine da compilare per l'inoltro della Comunicazione avviene tramite il cosiddetto Step wizard, ovvero la navigazione guidata per pagine, che consente di visualizzare, tramite il colore, la pagina già compilata o in compilazione o da compilare (maggiori informazioni nel paragrafo [Standard utilizzati nelle sezioni dati](#)) e di navigare inoltre tra le pagine già compilate tramite la freccia alle due estremità della barra.



Fig. 22.

## **Gestione IASPA**

Le pagine da compilare per l'inserimento e l'invio online di una comunicazione di infortunio sono le seguenti:

- PAT
- Polizza e voce tariffa
- Datore di lavoro
- Lavoratore
- Infortunio
- Allegati (sezione facoltativa)
- Riepilogo e invio

## **Gestione CONTO STATO**

Le pagine da compilare per l'inserimento e l'invio online di una comunicazione di infortunio sono le seguenti:

- Datore di lavoro
- Lavoratore
- Infortunio
- Allegati (sezione facoltativa)
- Riepilogo e invio

## **Gestione NAVIGAZIONE**

Le pagine da compilare per l'inserimento e l'invio online di una comunicazione di infortunio sono le seguenti:

- PAN
- Periodo
- Datore di lavoro
- Lavoratore
- Infortunio
- Allegati (sezione facoltativa)
- Riepilogo e invio

## **Gestione AGRICOLTURA**

Le pagine da compilare per l'inserimento e l'invio online di una comunicazione di infortunio sono le seguenti:




- Datore di lavoro
- Lavoratore
- Infortunio
- Allegati: per i profili [Intermediario](#) e [Delegato dell'intermediario](#) in questa gestione è obbligatorio l'inserimento dell'allegato che attesti il mandato del datore di lavoro per conto del quale l'intermediario, o il suo delegato, deve inviare la Comunicazione di infortunio
- Riepilogo e invio

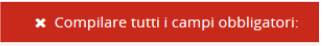



## **Gestione DATORI DI LAVORO DI SOGGETTI NON ASSICURATI INAIL**

Le pagine da compilare per l'inserimento e l'invio online di una comunicazione di infortunio sono le seguenti:

- Datore di lavoro
- Lavoratore
- Infortunio
- Allegati: per il profilo [Utente con credenziali dispositive](#) che si attesta come [Delegato del datore di lavoro](#) è obbligatorio l'inserimento dell'allegato che attesti la delega del suo datore di lavoro per conto del quale deve inviare la Comunicazione di infortunio
- Riepilogo e invio

## ***Standard utilizzati nelle sezioni dati***

(Opzionale)	I campi la cui label è accompagnata dalla dicitura '(opzionale)' sono facoltativi. Tutti gli altri sono obbligatori e dovranno di conseguenza essere compilati dall'utente
	I campi con sfondo grigio scuro sono precompilati dall'applicativo e non sono modificabili
	I campi con sfondo bianco sono editabili e modificabili
	I campi elenco contengono i soli valori ammessi selezionabili

	Il pulsante 'SALVA BOZZA' svolge una funzione di salvataggio dei dati immessi senza però effettuare alcun controllo formale e/o di obbligatorietà. Pertanto, i dati inseriti saranno salvati, ma l'utente non potrà ancora accedere alla sezione successiva. Il pulsante, secondo lo standard, è in colore grigio quando non è selezionabile
	Il pulsante 'CONTINUA' svolge una funzione di controllo e salvataggio dei dati immessi. In particolare, verifica che siano stati inseriti almeno i dati obbligatori nonché la loro correttezza formale, effettua il salvataggio e consente di passare automaticamente alla sezione successiva. NOTA: una volta che la sezione è stata confermata con il pulsante 'CONTINUA', il pulsante 'SALVA BOZZA' non sarà più attivo (colore grigio) ed eventuali modifiche potranno essere acquisite solo tramite il pulsante 'CONTINUA'.
	Il pulsante 'Cancella dati' permette di eliminare tutte le informazioni inserite nei campi editabili nella pagina a video
	Controlli istantanei: se un campo viene compilato in modo errato, quando lo si lascia cliccando su un altro elemento, il campo e la relativa label diventano rossi e sotto al campo viene visualizzata una breve descrizione dell'errore
	Messaggi con box di errore in rosso: eventuali messaggi di errore dovuti alla verifica dei dati inseriti, possono apparire, dopo aver cliccato sul pulsante 'CONTINUA', nella parte superiore della pagina
	Messaggi con box in verde: si tratta di importanti comunicazioni all'utente per segnalare, ad esempio, la possibilità di procedere all'invio della Comunicazione. La loro posizione è nella parte superiore della pagina
	Il calendario è posto accanto ai campi data per facilitarne l'inserimento
	L'icona matita permette la selezione di un dato presente in una lista (ad es. una Comunicazione in bozza)
	L'icona del punto interrogativo, accanto ad articoli di legge oppure relazionata ad uno specifico argomento, consente la lettura dell'articolo di legge oppure della normativa legata all'argomento in questione
	L'icona del cestino, posta accanto ai dati presenti in un elenco, consente la cancellazione del dato scelto (ad es. una comunicazione in bozza dal relativo elenco)
	Step wizard di colore CELESTE: indica che la sezione è stata compilata e i dati inseriti sono stati convalidati e salvati tramite il pulsante 'CONTINUA'
	Step wizard di colore BLU: indica la sezione in corso di compilazione
	Step wizard di colore GRIGIO: indica che la sezione deve essere ancora compilata

## COMPILAZIONE NUOVA COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO ONLINE - GESTIONE IASPA

(IASPA = Industria, Artigianato, Servizi e Pubbliche Amministrazioni titolari di posizione assicurativa territoriale)

Scelta la funzione [Nuova comunicazione di infortunio > Online](#), si accede alla prima sezione da compilare, la pagina 'PAT'.

### 1 PAT

La sezione mostra i [DATI ANAGRAFICI DITTA](#) già acquisiti. Si deve quindi selezionare la P.A.T. interessata scegliendola tramite il campo [FILTRA PER](#) che propone in elenco: [TUTTE LE PAT](#) oppure le sole [PAT ATTIVE](#) oppure solo le [PAT CESSATE](#). Impostato il criterio di ricerca, scegliere la PAT dall'elenco proposto selezionando il relativo radio button e cliccare sul pulsante [CONTINUA](#) per acquisire il dato e passare alla pagina successiva.

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

#### Nuova Comunicazione di infortunio

◀ **1 PAT >** 2 Polizza e voce tariffa > 3 Datore di lavoro > 4 Lavoratore > 5 Infortunio > 6 Al ▶

##### DATI ANAGRAFICI DITTA

Codice ditta

10108

Codice fiscale

BCCLHR48L22A806K

Sede INAIL

BOLOGNA

Cognome e nome o ragione sociale

BECCATI OLGHER

Codice ATECO

4941

SONO PRESENTI 4 PAT

FILTRA PER

TUTTE LE PAT  
PAT ATTIVE  
PAT CESSATE

FILTRA

Elementi per pagina 10 ▼

	PAT ↕	Data inizio ↕	Data cessazione ↕	Comune ↕	Provincia ↕
<input type="radio"/>	008822534	02/11/1998	31/12/2002	SAN PIETRO IN CASALE	BO
<input checked="" type="radio"/>	021080968	01/02/2011		SAN PIETRO IN CASALE	BO
<input type="radio"/>	022824168	19/10/2016		SAN PIETRO IN CASALE	BO
<input type="radio"/>	048102873	01/01/1978		SAN PIETRO IN CASALE	BO

[Cancella dati](#)

[SALVA BOZZA](#)

[CONTINUA >](#)

Fig. 23.

## 2 Polizza e voce tariffa

La pagina presenta i **DATI ANAGRAFICI DITTA**, già acquisiti, e l'elenco delle polizze appartenenti alla specifica PAT già scelta.

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio N°1176

◀ **2 Polizza e voce tariffa** > 3 Datore di lavoro > 4 Lavoratore > 5 Infortunio > 6 Allegati > ▶

**DATI ANAGRAFICI DITTA**

Codice ditta	Codice fiscale	Sede INAIL	
10108	BCCLHR48L22A806K	BOLOGNA	
Cognome e nome o ragione sociale		Codice ATECO	
BECCATI OLGHER		4941	

---

**PAT 021080968**

Data inizio	Data cessazione	Comune	Provincia
01/02/2011		SAN PIETRO IN CASALE	BO

---

**POLIZZE**

Elementi per pagina 10

Polizza	Settore	Data inizio	Data cessazione
<input type="radio"/> DIPENDENTI	ARTIGIANATO	01/02/2011	
<input checked="" type="radio"/> Altro	<input type="radio"/> Lavoro accessorio (LOA) <input type="radio"/> Note		

< INDIETRO
 [Cancella dati](#)
 SALVA BOZZA
 CONTINUA >

Fig. 24.

Nel caso in cui venga scelta la polizza **Altro**, è obbligatorio selezionare una delle due opzioni previste, ovvero **Note**, che rende obbligatoria la compilazione di un campo descrittivo che appare effettuata la scelta, oppure **Lavoro accessorio (LOA)**.

La scelta dell'opzione **Lavoro accessorio (LOA)** comporta dei vincoli di compilazione nella sezione **Lavoratore - Rapporto di Lavoro**, come descritto nel relativo paragrafo.

A causa dei vincoli di compilazione citati, è presente il controllo di congruenza tra il tipo polizza **Altro+Note** e le tipologie di Lavoratore e di Qualifica Assicurativa: selezionato il tipo polizza **Altro+Note**, se per tali tipologie viene scelta l'opzione **Prestatore di lavoro accessorio** nella sezione **Lavoratore - Rapporto di lavoro**, viene mostrato un messaggio di errore di compatibilità con la polizza scelta (consultare il foglio **Altro** della guida di compatibilità tipologie).

Selezionata la polizza **Altro**, unitamente ad una delle due opzioni previste, ed effettuata la conferma tramite il pulsante **CONTINUA**, si accede direttamente alla sezione del datore di lavoro.



## Polizza VOLONTARI

A seguito dell'entrata in vigore del *Decreto legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito con modificazioni dalla legge 11 agosto 2014, n. 114*, è possibile denunciare gli eventi lesivi dei soggetti beneficiari di forme di integrazione e sostegno del reddito coinvolti in attività di volontariato a fini di utilità sociale in favore di Comuni o enti locali.

L'art. 1 della *legge n. 208 del 28 dicembre 2015* (legge di stabilità 2016), commi da 312 a 316, ha esteso la copertura assicurativa Inail – già prevista per i volontari impegnati in progetti di utilità sociale dal decreto legge n. 90 del 24 giugno 2014, convertito, con modificazioni dalla legge n. 114 dell'11 agosto 2014 - alle due seguenti nuove categorie di soggetti:

- Detenuti e internati impegnati in attività volontarie e gratuite;
- Stranieri richiedenti asilo in possesso del relativo permesso di soggiorno.

Le organizzazioni di volontariato titolari di PAT, accedendo alla pagina [Polizza e voce tariffa](#), visualizzano nell'elenco anche la tipologia di polizza **VOLONTARI**.

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio N°1178

◀ **2 Polizza e voce tariffa** > 3 Datore di lavoro > 4 Lavoratore > 5 Infortunio > 6 Allegati > ▶

**DATI ANAGRAFICI DITTA**

Codice ditta	Codice fiscale	Sede INAIL	
8351	BCCGNN66B48H163G	MODENA	
Cognome e nome o ragione sociale		Codice ATECO	
BOCCHIERI GIOVANNA		63111	

---

**PAT 093153034**

Data inizio	Data cessazione	Comune	Provincia
01/01/2016		GUIGLIA	MO

---

**POLIZZE**

Elementi per pagina 10

Polizza	Settore	Data inizio	Data cessazione
<input checked="" type="radio"/> <b>VOLONTARI</b>	TERZIARIO	01/01/2016	
<input type="radio"/> Altro	<input type="radio"/> Lavoro accessorio (LOA) <input type="radio"/> Note		

< INDIETRO
Cancella dati
SALVA BOZZA
CONTINUA >

Fig. 25.

La scelta della polizza **VOLONTARI** comporta dei vincoli di compilazione nella sezione [Lavoratore - Rapporto di Lavoro](#), come descritto nel relativo paragrafo. A causa dei vincoli citati, deve essere rispettato il controllo di congruenza tra il tipo polizza VOLONTARI, la tipologia di Lavoratore e la Qualifica Assicurativa (consultare il foglio [Volontari](#) della guida di compatibilità tipologiche):

selezionato un tipo polizza diverso da VOLONTARI, se per tali tipologie viene scelta l'opzione *Volontario Legge n.114/2014* nella sezione 'Lavoratore – Rapporto di lavoro', viene mostrato un messaggio di errore di compatibilità con la polizza scelta.

Selezionata la polizza VOLONTARI ed effettuata la conferma tramite il pulsante **CONTINUA**, si accede direttamente alla sezione del datore di lavoro.

### Polizza ALLIEVI IeFP

L'art. 32, comma 8, del decreto legislativo n. 150/2015 ha previsto che, per gli anni 2016 e 2017, per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali degli allievi iscritti ai corsi ordinamentali di istruzione e formazione professionale curati dalle istituzioni formative e dagli istituti scolastici paritari, accreditati dalle Regioni per l'erogazione dei percorsi di istruzione e formazione professionale, è dovuto, in via sperimentale e limitatamente al predetto biennio, un premio speciale unitario ai sensi dell'articolo 42 del T.U. 1124/1965.

Le istituzioni formative e gli istituti scolastici paritari accreditati dalle Regioni per l'erogazione dei percorsi di istruzione e formazione professionali, titolari di P.A.T., accedendo alla pagina **Polizza e voce tariffa**, visualizzano nell'elenco anche la nuova tipologia di Polizza **ALLIEVI IeFP**.

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio N°1427

◀ **2 Polizza e voce tariffa >** 3 Datore di lavoro > 4 Lavoratore > 5 Infortunio > 6 Allegati > ▶

**DATI ANAGRAFICI DITTA**

Codice ditta	Codice fiscale	Sede INAIL	
8351	BCCGNN66B48H163G	MODENA	
Cognome e nome o ragione sociale		Codice ATECO	
BOCCHIERI GIOVANNA		63111	

---

PAT 093153033

Data inizio	Data cessazione	Comune	Provincia
01/01/2016		GUIGLIA	MO

---

**POLIZZE**

Elementi per pagina

Polizza	Settore	Data inizio	Data cessazione
<input type="radio"/> <b>ALLIEVI IeFP</b>	TERZIARIO	01/01/2016	
<input type="radio"/> Altro	<input type="radio"/> Lavoro accessorio (LOA) <input type="radio"/> Note		

< INDIETRO
Cancella dati
SALVA BOZZA
CONTINUA >

Fig. 26.

Scelta invece una polizza diversa da [Altro](#), da [VOLONTARI](#) e da [ALLIEVI IeFP](#), viene visualizzato l'elenco delle voci di tariffa tra le quali effettuare la selezione. In corrispondenza ad ogni [Voce](#) viene visualizzata la [Descrizione](#) delle relative lavorazioni (vedi figura sottostante).

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio N°1178

◀ **2 Polizza e voce tariffa** > 3 Datore di lavoro > 4 Lavoratore > 5 Infortunio > 6 Allegati > ▶

**DATI ANAGRAFICI DITTA**

Codice ditta	Codice fiscale	Sede INAIL	
8351	BCCGNN66B48H163G	MODENA	
Cognome e nome o ragione sociale		Codice ATECO	
BOCCHIERI GIOVANNA		63111	

---

**PAT 011361831**

Data inizio	Data cessazione	Comune	Provincia
01/10/1997		GUIGLIA	MO

---

**POLIZZE**

Elementi per pagina 10

Polizza	Settore	Data inizio	Data cessazione
<input type="radio"/> AUTONOMI ARTIGIANI	ARTIGIANATO	01/10/1997	
<input checked="" type="radio"/> DIPENDENTI	ARTIGIANATO	01/01/2000	
<input type="radio"/> Altro	<input type="radio"/> Lavoro accessorio (LOA) <input type="radio"/> Note		

---

**VOCI DI TARIFFA**

Elementi per pagina 10

Voce	Descrizione
<input type="radio"/> 0722	ADDETTI A REGISTRATORI DI CASSA ; ADDETTI A VIDEOTERMINALI ; ADDETTI A CENTRI DI ELABORAZIONE DATI ; CENTRALINISTI ;
<input type="radio"/> Altro	<input type="radio"/> E' stata presentata denuncia di nuova attivita' <input type="radio"/> E' stata presentata istanza di rettifica della classificazione <input type="radio"/> Note

< INDIETRO Cancelli dati

SALVA BOZZA CONTINUA >

Fig. 27.

Scelta la [Voce](#), facendo click sul pulsante [CONTINUA](#) verrà caricata la pagina con la sezione del datore di lavoro.

### 3 DATORE DI LAVORO

I dati del datore di lavoro sono suddivisi in **due sezioni**:

- **Anagrafica**: dati anagrafici della ditta/datore di lavoro;
- **Unità Produttiva**: contenente i dati relativi all'unità produttiva.

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio N°1179

◀ **3 Datore di lavoro >** 4 Lavoratore > 5 Infortunio > 6 Allegati > 7 Riepilogo e invio > ▶

**ANAGRAFICA**

Codice fiscale  
BCCGNN66B48H163G

Cognome e nome o ragione sociale  
BOCCHIERI GIOVANNA

Codice ditta  
8351

PAT  
011361831

Tipo polizza  
DIPENDENTI

Settore attività  
ARTIGIANATO

Voce tariffa  
0722

Lavorazione svolta dall'azienda  
Lavorazione svolta dall'azienda

Reparto, ufficio o cantiere in cui opera abitualmente il lavoratore  
Reparto, ufficio o cantiere in cui opera abitualmente il lavoratore

Indirizzo della sede legale  
VIA CASTAGNETO, 75 - 41052 - GUIGLIA (MO) - ITALIA

ASL  
MODENA

Telefono

Email  
Email

PEC comunicata al Registro imprese  
AUTOTEST5@PECMASSIVA.INAIL.IT

**UNITÀ PRODUTTIVA**

Unità produttiva in cui opera abitualmente il lavoratore  
-- seleziona --

Indirizzo

ASL

Telefono

Email

PEC

< INDIETRO

Cancella dati

SALVA BOZZA

CONTINUA >

Fig. 28.

## **Datore di lavoro - Anagrafica**

I campi con sfondo grigio vengono caricati automaticamente dall'applicativo e riguardano le informazioni legate alla ditta presenti negli archivi dell'Istituto. Tra essi, solamente **Tipo polizza**, **Settore attività** e **Voce di tariffa** possono essere modificati ritornando sulla pagina **Polizza e voce tariffa**, tramite il pulsante **INDIETRO**, e seguendo il percorso già indicato.

Nel caso in cui l'utente, scelta una polizza, la sostituisce con **Altro-Lavoro accessorio (LOA)**, o viceversa, un apposito messaggio lo informerà di dover compilare nuovamente la sezione **Lavoratore - Rapporto di lavoro**, se questa risultasse già inserita, al fine di rispettare il controllo di congruenza tra tipo polizza, tipologia di Lavoratore e Qualifica Assicurativa.

Nel caso in cui l'utente, scelta una polizza, la sostituisce con **VOLONTARI** o con **ALLIEVI IeFP**, un apposito messaggio lo informerà di dover compilare nuovamente la sezione **Lavoratore - Rapporto di lavoro**, se questa risultasse già inserita, al fine di rispettare i vincoli legati alla scelta di tale polizza.

Di seguito le regole di compilazione e validazione delle ulteriori informazioni presenti nella sezione:

### **Regole di compilazione 'Datore di lavoro – Anagrafica'**

**Lavorazione svolta dall'azienda** – campo alfanumerico di massimo 130 caratteri.

**Reparto, ufficio o cantiere in cui opera abitualmente il lavoratore** – campo alfanumerico di massimo 130 caratteri.

**ASL** – campo elenco riportante le ASL afferenti al **Comune** della sede legale; presentata a video se unica.

**Telefono** – campo numerico di massimo 24 caratteri; campo da valorizzare con il recapito telefonico della sede legale comprensivo anche, eventualmente, di prefisso internazionale (ad es. +39 per Italia).

**Email** - campo precompilato se presente negli archivi INAIL e modificabile (massimo 70 caratteri); opzionale.

**PEC comunicata al Registro imprese** - campo precompilato se presente negli archivi INAIL e non modificabile; l'icona punto interrogativo, posta accanto al campo, specifica che: *Le società e le imprese individuali attive e non soggette a procedura concorsuale, sono tenute a depositare, presso l'ufficio del Registro delle Imprese della Camera di Commercio competente, il proprio indirizzo di posta elettronica certificata (PEC).*

## **Datore di lavoro - Unità Produttiva**

La lista delle unità produttive dell'utente viene caricata automaticamente nel campo elenco **Unità produttiva in cui opera abitualmente il lavoratore** in base alla PAT precedentemente selezionata nella pagina **PAT** e già associata a ciascuna unità produttiva tramite l'applicativo online **Dichiarazione Unità Produttiva**.

Nel caso in cui non si volesse dichiarare l'Unità Produttiva, si dovrà selezionare dall'elenco **UNITÀ PRODUTTIVA NON DICHIARATA**.

Tutti i campi sono caricati automaticamente con le informazioni dell'Unità Produttiva scelta.

Effettuati tutti i dovuti controlli, l'utente può selezionare il pulsante:

- **Cancella dati** per eliminare le informazioni inserite nei campi digitabili;
- **SALVA BOZZA** che, senza eseguire alcun controllo, salva i dati inseriti, ma non consente il passaggio alla pagina successiva;
- **CONTINUA** per consolidare, al netto dei controlli di obbligatorietà, le informazioni inserite consentendo il passaggio alla successiva pagina che viene automaticamente proposta a video.

## 4 LAVORATORE

Completata la compilazione ed il corretto inserimento della pagina del **Datore di lavoro**, viene visualizzata quella relativa ai dati del lavoratore, suddivisa in quattro sottosezioni:

- **Dati anagrafici:** dati anagrafici del lavoratore;
- **Residenza e domicilio:** dati relativi alla residenza e, se diverso, al domicilio del lavoratore
- **Contatti:** da compilare solo in caso di consenso del lavoratore a comunicare i propri dati personali all'Inail;
- **Rapporto di lavoro:** dati relativi alla situazione lavorativa del lavoratore infortunato.

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio N°4621

[Datore di lavoro >](#)
[4 Lavoratore >](#)
[5 Infortunio >](#)
[6 Allegati >](#)
[7 Riepilogo e invio >](#)

DATI ANAGRAFICI

Codice fiscale

CERCA

Nome

Cognome

Cittadinanza

Data di nascita

Sesso

Stato civile (opzionale)

Stato di nascita

RESIDENZA E DOMICILIO

Indirizzo di residenza

N° civico

Nazione

☐ L'indirizzo di domicilio è diverso dall'indirizzo di residenza

CONTATTI

Da compilare solo in caso di consenso del lavoratore a comunicare i propri dati personali all'INAIL.

Recapito telefonico

Secondo recapito telefonico

☐ Non ho queste informazioni

Email (opzionale)

PEC (opzionale)

RAPPORTO DI LAVORO

Studente 

☒ No
 ☐ Sì

Tipologia di lavoratore

Tipologia di contratto

Data di assunzione (opzionale)

CCNL - Settore lavorativo CNEL

CCNL - Categoria CNEL

Qualifica assicurativa

Voce professionale ISTAT

CERCA PROFESSIONE

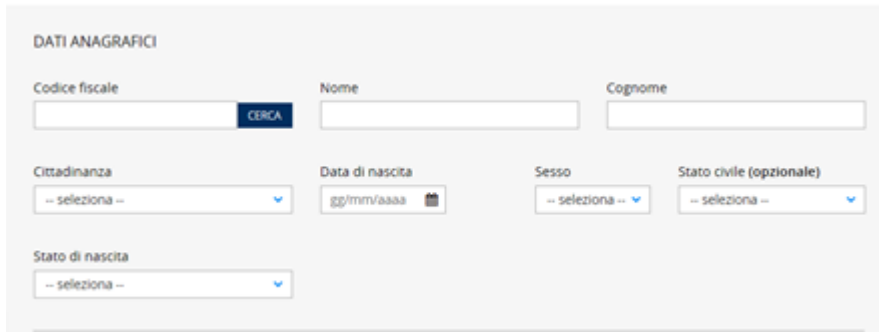
[< INDIETRO](#)
[Cancella dati](#)

[SALVA BOZZA](#)
[CONTINUA >](#)

Fig. 29.

## Lavoratore – Dati anagrafici

La sezione interessa tutti i dati anagrafici del lavoratore che ha subito l'infortunio.



DATI ANAGRAFICI

Codice fiscale  **CERCA** Nome  Cognome

Cittadinanza  Data di nascita  Sesso  Stato civile (opzionale)

Stato di nascita

### Regole di compilazione 'Lavoratore – Dati anagrafici'

**Codice fiscale** - campo alfanumerico di 16 caratteri.

**Pulsante CERCA** – consente di effettuare una ricerca, all'interno dell'archivio della comunicazione d'infortunio online, del lavoratore di cui si è digitato il codice fiscale: se trovato, tutti i campi sottostanti vengono precompilati; in caso contrario, apparirà un messaggio indicante l'assenza in archivio del lavoratore ricercato e tutti i dati dovranno essere inseriti.

**Nome** - campo obbligatorio alfanumerico di massimo 30 caratteri.

**Cognome** – campo obbligatorio alfanumerico di massimo 40 caratteri.

**Cittadinanza** - campo obbligatorio contenente l'elenco di tutte le Cittadinanze.

**Data di nascita** – campo obbligatorio da inserire nel formato gg/mm/aaaa oppure tramite il calendario.

**Sesso** – campo obbligatorio.

**Stato civile** – campo opzionale.

**Stato di nascita** - se è *ITALIA*, verranno visualizzati i campi **Provincia di nascita** e **Comune di nascita**; se diverso da *ITALIA*, sarà presente solo il campo **Comune**.

**Provincia di nascita** - visibile se lo **Stato di nascita** è *ITALIA* e contenente l'elenco di tutte le Province esistenti alla **Data di nascita** del lavoratore inserita.

**Comune di nascita** – campo elenco contenente i Comuni della **Provincia di nascita** scelta se lo **Stato di nascita** è *ITALIA*; se lo **Stato di nascita** è diverso da *ITALIA*, il campo è liberamente editabile per indicare il **Comune estero**; obbligatorio in entrambi i casi.

## Lavoratore – Residenza e domicilio

RESIDENZA E DOMICILIO

Indirizzo di residenza

VIA

Roma

N° civico

1

Nazione

ITALIA

Provincia

LIVORNO

Comune

PIOMBINO

CAP

57025

ASL

AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST

VERIFICA

☒ L'indirizzo di domicilio è diverso dall'indirizzo di residenza

Indirizzo di domicilio

VIA

Roma

N° civico

101

Nazione

ITALIA

Provincia

LIVORNO

Comune

PIOMBINO

CAP

57025

ASL

AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST

VERIFICA

### Regole di compilazione 'Lavoratore – Residenza e domicilio'

**Indirizzo di residenza** – composto dal campo Toponimo e dal successivo campo Indirizzo.

**N° civico** – campo obbligatorio

**Nazione** – se è *ITALIA*, verranno visualizzati i campi *Provincia*, *Comune* e *CAP*; se diversa da *ITALIA*, sarà presente solo il campo *Comune*.

**Provincia** – campo elenco visualizzato solo se la *Nazione* di residenza è valorizzata con *ITALIA* e, in questo caso, obbligatorio; contiene l'elenco delle Province esistenti alla data attuale.

**Comune** – campo elenco contenente la lista dei Comuni appartenenti alla *Provincia* scelta se la *Nazione* di residenza è valorizzata con *ITALIA*; se la *Nazione* di residenza è diversa da *ITALIA*, è liberamente editabile per indicare il *Comune estero*; obbligatorio in entrambi i casi.

**CAP** - campo elenco visualizzato solo se la *Nazione* di residenza è valorizzata con *ITALIA*, caricato in base alla scelta del *Comune* ed obbligatorio.

**ASL** – campo elenco visualizzato solo se la *Nazione* di residenza è valorizzata con *ITALIA*, caricato in base al *Comune* scelto ed obbligatorio.

**Pulsante VERIFICA** – Consente di verificare la validità dell'indirizzo di residenza inserito. Tale verifica è opzionale nel caso in cui siano presenti i dati precompilati provenienti dalla ricerca del lavoratore tramite il suo codice fiscale (senza modificare i dati), è invece obbligatoria ai fini del salvataggio della pagina se, in caso di altro indirizzo da inserire, la *Nazione* scelta è *ITALIA* oppure se vengono modificati i citati dati precompilati. Per attivare la verifica è necessario inserire *Provincia*, *Comune* e *Indirizzo di residenza* e selezionare quindi il pulsante, mentre il *CAP* è opzionale ai fini della validazione dello stesso. Il controllo restituisce, in una nuova pagina, l'indirizzo normalizzato comprensivo di CAP oppure i possibili indirizzi tra i quali scegliere; tuttavia, nel caso in cui si volesse comunque conservare l'indirizzo digitato, è sufficiente selezionare l'opzione *Indirizzo non censito*. Effettuata la scelta e selezionato il pulsante **CONFERMA SELEZIONE**, l'applicativo ritorna automaticamente alla pagina originaria *Lavoratore*, nella quale i campi *CAP* e *Indirizzo di residenza* risultano compilati in base alla scelta effettuata. Qualsiasi successiva modifica all'indirizzo comporta una nuova validazione dei dati.



**L'indirizzo di domicilio è diverso dall'indirizzo di residenza** – se selezionato, vengono mostrati i campi in cui inserire i dati relativi al domicilio:

**Indirizzo di domicilio** – composto dal campo Toponimo e dal successivo campo Indirizzo.

**N° civico** – campo obbligatorio

**Nazione** – se è *ITALIA*, verranno visualizzati i campi **Provincia**, **Comune** e **CAP**; se diversa da *ITALIA*, sarà presente solo il campo **Comune**.

**Provincia** - campo elenco visualizzato solo se la **Nazione** di domicilio è *ITALIA* e contenente l'elenco delle Province esistenti alla data attuale.

**Comune** - campo elenco contenente la lista dei Comuni della **Provincia** scelta se la **Nazione** di domicilio è valorizzata con *ITALIA*; se la **Nazione** di domicilio è diversa da *ITALIA*, è liberamente editabile per indicare il **Comune estero**; obbligatorio in entrambi i casi.

**CAP** - campo elenco visualizzato solo se la **Nazione** di domicilio è valorizzata con *ITALIA*, caricato in base alla scelta del **Comune** ed obbligatorio.

**ASL** – campo elenco visualizzato solo se la **Nazione** di domicilio è valorizzata con *ITALIA*, caricato in base alla scelta del **Comune** ed obbligatorio.

**Pulsante VERIFICA** – Consente di verificare la validità dell'indirizzo di domicilio inserito. Tale verifica è opzionale nel caso in cui siano presenti i dati precompilati provenienti dalla ricerca del lavoratore tramite il suo codice fiscale (senza modificare i dati), è invece obbligatoria ai fini del salvataggio della pagina se, in caso di altro indirizzo da inserire, la **Nazione** scelta è *ITALIA* oppure se vengono modificati i citati dati precompilati. Per attivare la verifica è necessario inserire **Provincia**, **Comune** e **Indirizzo di domicilio** e selezionare quindi il pulsante, mentre il **CAP** è opzionale ai fini della validazione dello stesso. Il controllo restituisce, in una nuova pagina, l'indirizzo normalizzato comprensivo di CAP oppure i possibili indirizzi tra i quali scegliere; tuttavia, nel caso in cui si volesse comunque conservare l'indirizzo digitato, è sufficiente selezionare l'opzione *Indirizzo non censito*. Effettuata la scelta e selezionato il pulsante **CONFERMA SELEZIONE**, l'applicativo ritorna automaticamente alla pagina originaria **Lavoratore**, nella quale i campi **CAP** e **Indirizzo di domicilio** risultano compilati in base alla scelta effettuata. Qualsiasi successiva modifica all'indirizzo comporta una nuova validazione dei dati.

## Lavoratore – Contatti

## Regole di compilazione 'Lavoratore – Contatti'

**Recapito telefonico** – campo numerico di massimo 24 caratteri in cui inserire il recapito telefonico principale (telefono fisso o cellulare), comprensivo, eventualmente, di prefisso internazionale (ad es. +39 per Italia).

**Secondo recapito telefonico** – campo numerico di massimo 24 caratteri in cui inserire un ulteriore recapito telefonico (telefono fisso o cellulare), comprensivo, eventualmente, di prefisso internazionale (ad es. +39 per Italia).

**Non ho queste informazioni** - da selezionare obbligatoriamente se non disponibile nessuno dei due recapiti telefonici.

**Email** – campo opzionale alfanumerico di massimo 70 caratteri.

**PEC** – campo opzionale alfanumerico di massimo 70 caratteri.

## **Lavoratore – Rapporto di lavoro**

La sezione riguarda i dati relativi al rapporto di lavoro dell'infortunato.

**RAPPORTO DI LAVORO**

Studente ⓘ  
☒ No  
☐ Sì

Tipologia di lavoratore: -- Seleziona --  
 Tipologia di contratto: -- Seleziona --

Data di assunzione (opzionale)  
 gg/mm/aaaa

CCNL - Settore lavorativo CNEL: -- Seleziona --  
 CCNL - Categoria CNEL: -- Seleziona --

Qualifica assicurativa: -- Seleziona --

Voce professionale ISTAT:

**CERCA PROFESSIONE**

Per maggiori informazioni riguardo le previste compatibilità tra le tipologie elencate ed il tipo polizza già selezionato, è possibile consultare nel menu [Utilità](#) la [Guida di compatibilità tipi Polizza-Lavoratore-Qualifica Assicurativa](#).

È inoltre disponibile nel medesimo menu la [Classificazione delle professioni – CP2011](#), ossia il navigatore dei livelli professionali di cui si compone la classificazione ISTAT.

## **Regole di compilazione 'Lavoratore – Rapporto di lavoro'**

**Studente** – se valorizzato a *SI*, vengono disabilitati tutti i campi ad eccezione della [Qualifica assicurativa](#) che può assumere solo il valore: *Insegnante e alunno scuole; istruttore e allievo corsi qualificazione prof.le (art.4 n.5 d.p.r. 1124/65)*. Il solo tipo polizza compatibile con studente è la [Polizza speciale scuole](#). Disabilitato se è stata scelta la polizza [Altro](#) con l'opzione [Lavoro accessorio \(LOA\)](#) oppure la polizza [VOLONTARI](#) oppure [ALLIEVI IeFP](#). Selezionando *SI*, l'icona del [punto interrogativo](#) si attiva automaticamente mostrando il testo che regola la scelta dell'opzione.

**Tipologia di lavoratore** - elenco delle tipologie di lavoratore riferite alla tipologia di datore di lavoro dei settori industria, artigianato, servizi e Pubbliche Amministrazioni titolari di P.A.T.; disabilitato se **Studente** = *SI*. Se valorizzato con *Allievo/istruttore corsi qualificazione prof.le*, la [Qualifica assicurativa](#) viene impostata a *Insegnante e alunno scuole; istruttore e allievo corsi qualificazione prof.le (art.4 n.5 d.p.r. 1124/65)*, non modificabile, e sono disabilitati tutti i restanti campi. Nel caso in cui sia stata scelta la polizza [Altro](#) con l'opzione [Lavoro accessorio \(LOA\)](#), la tipologia di lavoratore è precompilata con il valore *Prestatore di lavoro accessorio*, non modificabile. Nel caso in cui sia stata scelta la polizza [VOLONTARI](#), la tipologia di lavoratore propone le due sole scelte previste: *Volontario Legge n.114/2014* e *Detenuto/internato o straniero richiedente asilo Legge N.208/2015*. In caso di polizza [ALLIEVI IeFP](#) la tipologia di lavoratore è precompilata con il valore *Allievo iscritto ai corsi ordinamentali di Istruzione e FP ex art. 32, comma 8, d.lgs. 150/2015*, non modificabile.

**Tipologia di contratto** - elenco delle tipologie di contratto afferenti alla [Tipologia di lavoratore](#) selezionato; disabilitato se **Studente** = *SI*; disabilitato se è stata scelta la polizza [Altro](#) con l'opzione [Lavoro accessorio \(LOA\)](#) oppure la polizza [VOLONTARI](#) o [ALLIEVI IeFP](#); disabilitato se [Tipologia lavoratore](#) è *Allievo/istruttore corsi qualificazione prof.le*.

**Data assunzione** – campo obbligatorio se **Tipologia di contratto** è *Determinato a tempo pieno*, *Determinato a tempo parziale* o *Determinato*; disabilitato se **Studiante** = *SI*; disabilitato se è stata scelta la polizza **Altro** con l'opzione **Lavoro accessorio (LOA)** oppure la polizza **VOLONTARI** o **ALLIEVI IeFP**.

**Data di fine rapporto di lavoro** – campo visibile e obbligatorio se **Tipologia di contratto** è *Determinato a tempo pieno*, *Determinato a tempo parziale* o *Determinato*; disabilitato se **Studiante** = *SI*; disabilitato se è stata scelta la polizza **Altro** con l'opzione **Lavoro accessorio (LOA)** oppure la polizza **VOLONTARI** o **ALLIEVI IeFP**.

**CCNL - Settore lavorativo CNEL** - il campo riporta l'elenco completo dei settori lavorativi CNEL ed è obbligatorio in base alla **Tipologia di lavoratore** selezionato; disabilitato se **Studiante** = *SI*; disabilitato se è stata scelta la polizza **Altro** con l'opzione **Lavoro accessorio (LOA)** oppure la polizza **VOLONTARI** o **ALLIEVI IeFP**; disabilitato se **Tipologia lavoratore** è *Allievo/istruttore corsi qualificazione prof.le*.

**CCNL - Categoria CNEL** - elenco delle categorie CNEL afferenti al **Settore lavorativo CNEL** selezionato; disabilitato se **Studiante** = *SI*; disabilitato se è stata scelta la polizza **Altro** con l'opzione **Lavoro accessorio (LOA)** oppure la polizza **VOLONTARI** o **ALLIEVI IeFP**; disabilitato se **Tipologia lavoratore** è *Allievo/istruttore corsi qualificazione prof.le*.

**Qualifica assicurativa** - elenco delle qualifiche assicurative afferenti alla **Tipologia di contratto** selezionato. Se **Studiante** = *SI*, oppure se **Tipologia lavoratore** è *Allievo/istruttore corsi qualificazione prof.le*, viene precompilato con *Insegnante e alunno scuole; istruttore e allievo corsi qualificazione prof.le* (art. 4 n. 5 d.p.r. 1124/65). Nel caso in cui sia stata scelta la polizza **Altro** con l'opzione **Lavoro accessorio (LOA)**, la qualifica assicurativa è precompilata con il valore *Prestatore di lavoro accessorio*, non modificabile. Nel caso in cui sia stata scelta la polizza **VOLONTARI**, la qualifica assicurativa è precompilata in base alla **Tipologia di lavoratore** selezionata (*Volontario Legge n. 114/2014* oppure *Detenuto/internato o straniero richiedente asilo LEGGE N.208/2015*), non modificabile. In caso di polizza **ALLIEVI IeFP**, la qualifica assicurativa è precompilata con il valore *Allievo iscritto ai corsi ordinamentali di Istruzione e FP ex art. 32, comma 8, d.lgs. 150/2015*, non modificabile.

**Voce professionale ISTAT** - campo in sola visualizzazione che contiene il risultato della relativa ricerca effettuata tramite il tasto **CERCA PROFESSIONE**.

**CERCA PROFESSIONE** - pulsante che attiva la ricerca della **Voce Professionale ISTAT** (ex mansione/professione); la funzionalità è descritta [nel capitolo 'Ricerca professione ISTAT'](#); disabilitato se **Studiante** = *SI* oppure se **Tipologia lavoratore** è *Allievo/istruttore corsi qualificazione prof.le*.

**Visualizza Nomenclatura e Classificazione** - pulsante che, visibile solo dopo aver ricercato e acquisito la 'Voce professionale', attiva la visualizzazione della struttura classificativa dei cinque livelli dai quali deriva la relativa **Voce Professionale ISTAT** scelta e visualizzata nel campo; disabilitato se **Studiante** = *SI*.

Effettuati tutti i dovuti controlli nella pagina **Lavoratore**, l'utente può selezionare il pulsante:

- **Cancella** per eliminare le informazioni inserite nei campi digitabili;
- **SALVA BOZZA** che, senza eseguire alcun controllo, salva i dati inseriti, ma non consente il passaggio alla pagina successiva;
- **CONTINUA** per consolidare, al netto dei controlli di obbligatorietà, le informazioni inserite consentendo il passaggio alla successiva pagina che viene automaticamente proposta a video.

## 5 INFORTUNIO

Completata la compilazione ed il corretto inserimento della pagina del 'Lavoratore' viene visualizzata quella relativa ai dati 'Infortunio' che è composta da quattro sezioni:

- **Dove è avvenuto l'infortunio:** dati relativi al luogo in cui si è verificato l'evento che ha causato l'infortunio;
- **Quando è avvenuto l'infortunio:** dati relativi a data, ora, ecc. dell'evento e alla conoscenza dell'accaduto da parte del datore di lavoro;
- **Certificato medico:** dati relativi al certificato medico di infortunio dal quale scaturisce l'obbligo di invio della comunicazione;
- **Cause e circostanze:** dati descrittivi per una maggior comprensione delle dinamiche dell'infortunio.

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio N°4621

◀ ore di lavoro > 4 Lavoratore > **5 Infortunio >** 6 Allegati > 7 Riepilogo e invio >

DOVE È AVVENUTO L'INFORTUNIO?

Luogo dell'evento/Località dei lavori/Unità produttiva  
(modificare se diversa da quella già inserita nella sezione DATORE DI LAVORO)

Luogo dell'evento/Località dei lavori/Unità produttiva

Massimo 130 caratteri

Nazione

-- seleziona --

Indirizzo del luogo dell'infortunio

-- seleziona --

Indirizzo

N° civico

Infortunio in itinere

-- seleziona --

Incidente con mezzo di trasporto

-- seleziona --

Tipo di Incidente

-- seleziona --

Presso altra azienda

-- seleziona --

Codice fiscale altra azienda

Denominazione/ragione sociale altra azienda

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

-- seleziona --

QUANDO È AVVENUTO L'INFORTUNIO?

Data evento

gg/mm/aaaa

Ora evento

HH:MM

Ora di lavoro

-- seleziona --

Giorno festivo?

-- seleziona --

Durante il turno di notte?

-- seleziona --

CERTIFICATO MEDICO

Dati del certificato medico da cui scaturisce l'obbligo di comunicazione di infortunio ai sensi dell'art. 18 c. 1 lettera r d.lgs. 81/2008.

Identificativo certificato

Identificativo certificato

Data di rilascio

gg/mm/aaaa

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

gg/mm/aaaa

Periodo di prognosi

Dal gg/mm/aaaa al gg/mm/aaaa

Fig. 30.

CAUSE E CIRCOSTANZE

In che modo è avvenuto l'infortunio? 400 caratteri disponibili

Inserire descrizione particolareggiata delle cause e circostanze anche con riferimento alle misure di igiene e prevenzione

Dov'era il lavoratore al momento dell'infortunio? 150 caratteri disponibili

Esempio: nel cantiere di nuova costruzione, nel cantiere di ristrutturazione, nel magazzino, in strada, in galleria, in officina, su una barca, nella stalla, nel campo, nel bosco;

Che tipo di lavoro stava svolgendo al momento dell'infortunio? 100 caratteri disponibili

Esempio: manutenzione, costruzione nuovo, ristrutturazione vecchio, pulizia, conduzione mezzo di trasporto, trattamento del terreno, allevamento ittico

Era il suo lavoro consueto?

-- seleziona --

Che cosa stava facendo in particolare al momento dell'infortunio? 150 caratteri disponibili

Esempio: sollevava un carico, saliva le scale, usava il martello, stava guidando il camion, arava il campo; specificare laddove presente l'utensile/attrezzo che si stava utilizzando (es. il carico, le scale, il martello, il camion, il campo)

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? 150 caratteri disponibili

Esempio: si è rotto il cavo, ha perso il controllo del mezzo, è scivolato dalla scala, ha fatto un gesto inopportuno; specificare laddove presente l'oggetto coinvolto nell'evento (es. il cavo, il mezzo, la scala, nessun oggetto)

In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto al lavoratore? 120 caratteri disponibili

Esempio: shock elettrico, schiacciato dal mezzo di trasporto, caduto al suolo, punto da insetto, sforzo fisico; specificare laddove presente l'oggetto che ha provocato la lesione (es. elettricità, il mezzo di trasporto, il suolo, l'insetto, nessun oggetto)

Per infortunio con caduta dall'alto, indicare l'altezza della caduta (opzionale)

00 metri

Natura della lesione

-- seleziona --

Descrizione altra natura della lesione

Descrizione altra natura della lesione

Sede della lesione

-- seleziona --

Descrizione altra sede della lesione

Descrizione altra sede della lesione

< INDIETRO

Cancella dati

SALVA BOZZA

CONTINUA >

Fig. 31.

## Infortunio – Dove è avvenuto l'infortunio

I dati del luogo dell'evento vengono automaticamente impostati con quelli corrispondenti già inseriti e salvati nella sezione **Datore di lavoro – Unità produttiva**. Se l'evento si è invece verificato in altra sede, è possibile sovrascrivere tali dati in modo da inserire quelli corretti e necessari.

Nel caso in cui si sia scelta **UNITÀ PRODUTTIVA NON DICHIARATA** nella sezione **Datore di lavoro – Unità produttiva**, i dati risulteranno non valorizzati e dovranno essere inseriti.

DOVE E' AVVENUTO L'INFORTUNIO?

Luogo dell'evento/Località dei lavori/Unità produttiva  
(modificare se diversa da quella già inserita nella sezione DATORE DI LAVORO)

Luogo dell'evento/Località dei lavori/Unità produttiva

Massimo 130 caratteri

Nazione  Provincia

Comune  CAP  ASL

Indirizzo del luogo dell'infortunio

VIA  N° civico

**VERIFICA**

Infortunio in itinere?

Incidente con mezzo di trasporto

Tipo di Incidente

Presso altra azienda

Codice fiscale altra azienda

Denominazione/ragione sociale altra azienda

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

## Regole di compilazione 'Infortunio – Dove è avvenuto l'infortunio'

**Luogo dell'evento/Località dei lavori/Unità produttiva** - campo alfanumerico di massimo 130 caratteri; precompilato con la **Unità produttiva in cui opera abitualmente il lavoratore** precedentemente scelta nella sezione **Datore di lavoro – Unità produttiva**. Il campo è modificabile.

**Nazione** – il campo è precompilato con il contenuto del corrispettivo campo **Nazione** della sezione **Datore di lavoro – Unità produttiva**, ma è modificabile. Se valorizzato con **ITALIA**, verranno visualizzati i campi **Provincia**, **Comune** e **CAP**; se diverso da **ITALIA**, sarà presente solo il campo **Comune**.

**Provincia** - il campo è precompilato con il contenuto del corrispettivo campo **Provincia** della sezione **Datore di lavoro – Unità produttiva**, ma è modificabile. Viene visualizzato solo se la **Nazione** è **ITALIA** e contiene l'elenco delle Province esistenti alla data attuale.

**Comune** - il campo è precompilato con il contenuto del corrispettivo campo **Comune** della sezione **Datore di lavoro – Unità produttiva**, ma è modificabile. Contiene la lista dei Comuni relativi alla **Provincia** scelta se la **Nazione** è valorizzata con **ITALIA**; se la **Nazione** è diversa da **ITALIA**, è liberamente editabile per indicare il **Comune estero**; obbligatorio in entrambi i casi.

**CAP** - il campo è precompilato con il contenuto del corrispettivo campo **CAP** della sezione **Datore di lavoro – Unità produttiva**, ma è modificabile. Viene visualizzato solo se la **Nazione** è valorizzata con **ITALIA**, caricato in base alla scelta del **Comune** ed obbligatorio.

**ASL** – il campo è precompilato con il contenuto del corrispettivo campo **ASL** della sezione **Datore di lavoro – Unità produttiva**, ma è modificabile. Viene visualizzato solo se la **Nazione** è valorizzata con **ITALIA**, caricato in base alla scelta del **Comune** ed obbligatorio.

**Indirizzo del luogo dell'infortunio** - composto da 3 campi separati: toponimo, indirizzo e N° civico. I campi sono precompilati con quanto risulta nella sezione **Datore di lavoro – Unità produttiva**, ma sono modificabili; il campo dell'indirizzo è alfanumerico di massimo 50 caratteri.

**Pulsante VERIFICA** – Consente di verificare la validità dell'indirizzo inserito in merito al luogo presso il quale si è verificato l'infortunio. Tale verifica è opzionale nel caso in cui siano presenti i dati precompilati provenienti dall'**Unità produttiva** precedentemente scelta nella sottosezione **Datore di lavoro – Unità produttiva** (senza modificare i dati), è invece obbligatoria ai fini del salvataggio



della pagina se, in caso di altro indirizzo da inserire, la **Nazione** scelta è **ITALIA** oppure se vengono modificati i citati dati precompilati. Per attivare la verifica è necessario inserire **Provincia**, **Comune** e **Indirizzo del luogo dell'infortunio** e selezionare quindi il pulsante, mentre il **CAP** è opzionale ai fini della validazione dello stesso. Il controllo restituisce, in una nuova pagina, l'indirizzo normalizzato comprensivo di CAP oppure i possibili indirizzi tra i quali scegliere, tuttavia, nel caso in cui si volesse comunque conservare l'indirizzo digitato, è sufficiente selezionare l'opzione **Indirizzo non censito**. Effettuata la scelta e selezionato il pulsante **CONFERMA SELEZIONE**, l'applicativo ritorna automaticamente alla pagina originaria **Infortunio**, nella quale i campi **CAP** e **Indirizzo del luogo dell'infortunio** risultano compilati in base alla scelta effettuata. Qualsiasi successiva modifica all'indirizzo comporta una nuova validazione dei dati.

**Infortunio in itinere** – campo alternativo **SI/NO**. Se selezionato a **SI**, i campi contenuti nel box **Presso altra azienda** sono inibiti (non editabili). L'icona **punto interrogativo** consente di accedere ad informazioni normative relative al campo.

**Incidente con mezzo di trasporto** – se valorizzato a **NO**, il successivo campo relativo al **Tipo di incidente** non è selezionabile.

**Tipo di incidente** – campo elenco obbligatorio se **Incidente con mezzo di trasporto** è valorizzato a **SI**; non selezionabile se **Incidente con mezzo di trasporto** = 'NO'.

**Presso altra azienda** - obbligatorio solo se il campo **Infortunio in itinere** è valorizzato a **NO**.

**Codice fiscale altra azienda** - obbligatorio se **Presso altra azienda** è valorizzato a **SI**; alfanumerico di massimo 16 caratteri.

**Denominazione/Ragione sociale altra azienda** - facoltativo e editabile se **Presso altra azienda** è valorizzato a **SI**; alfanumerico di massimo 60 caratteri.

**In regime di appalto, subappalto o altra forma di lavoro per conto di terzi** - obbligatorio se **Presso altra azienda** è valorizzato a **SI**.

## Infortunio – Quando è avvenuto l'infortunio

Questa sezione riguarda tutte le informazioni relative al momento dell'evento.

QUANDO È AVVENUTO L'INFORTUNIO?

Data evento:

Ora evento:

Ora di lavoro:

Giorno festivo?:

Durante il turno di notte?:

## Regole di compilazione 'Infortunio – Quando è avvenuto l'infortunio'

**Data evento** – campo obbligatorio.

**Ora evento** – campo obbligatorio.

**Ora di lavoro** – campo elenco contenente i numeri da 1 a 24; non editabile se **Infortunio in itinere** è stato valorizzato a **SI** nella precedente sezione.

**Giorno festivo?** – campo obbligatorio.

**Durante il turno di notte?** – campo obbligatorio.

## Infortunio – Certificato medico

**CERTIFICATO MEDICO**  
Dati del certificato medico da cui scaturisce l'obbligo di comunicazione di infortunio ai sensi dell'art. 18 c. 1 lettera r d.lgs. 81/2008.

Identificativo certificato ⓘ <input type="text" value="Identificativo certificato"/>	Data di rilascio <input type="text" value="gg/mm/aaaa"/>	Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato medico dal lavoratore <input type="text" value="gg/mm/aaaa"/>
Periodo di prognosi		
Dal <input type="text" value="gg/mm/aaaa"/>	al <input type="text" value="gg/mm/aaaa"/>	

### Regole di compilazione 'Infortunio – Certificato medico'

**Identificativo certificato** – deve essere valorizzato con il codice identificativo del certificato medico di infortunio assegnato dalla struttura ospedaliera/medico oppure da INAIL nel caso di inoltro telematico del certificato all'Istituto. Tale campo è sempre obbligatorio.

**ATTENZIONE:** il valore del campo **Identificativo certificato** deve essere inserito così come presente sul certificato medico di infortunio. Ad esempio, se il certificato medico riporta il numero identificativo **000000101**, questo valore deve essere inserito nel campo **Identificativo certificato** comprensivo degli zeri iniziali.

**Data di rilascio** – da valorizzare con la data in cui il certificato medico di infortunio è stato rilasciato da medico/struttura ospedaliera; data maggiore/uguale a **Data evento** e minore/uguale a **Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato medico dal lavoratore**. Il campo è sempre obbligatorio.

**Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato medico dal lavoratore** – campo obbligatorio.

**Periodo di prognosi / Dal** – definisce l'inizio del periodo di prognosi e deve essere maggiore/uguale alla **Data evento**. Campo obbligatorio.

**Periodo di prognosi / Al** – definisce la fine del periodo di prognosi. Deve essere maggiore/uguale alla **Data inizio del periodo di prognosi**. Campo obbligatorio.

Nel caso in cui il periodo di prognosi inserito fosse superiore ai tre giorni, escluso quello dell'evento, viene mostrato il messaggio: ***“ERRORE: Il periodo di prognosi non può essere superiore a 3 giorni, escluso il giorno dell'evento. Per il periodo inserito è obbligatorio procedere all'invio della Denuncia di infortunio tramite l'apposito servizio. Converti in denuncia di infortunio.”***

**CERTIFICATO MEDICO**  
Dati del certificato medico da cui scaturisce l'obbligo di comunicazione di infortunio ai sensi dell'art. 18 c. 1 lettera r d.lgs. 81/2008.

Identificativo certificato ⓘ <input type="text" value="000124578"/>	Data di rilascio <input type="text" value="01/08/2018"/>	Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato medico dal lavoratore <input type="text" value="01/08/2018"/>
Periodo di prognosi		
Dal <input type="text" value="01/08/2018"/>	al <input type="text" value="08/08/2018"/>	

ERRORE: Il periodo di prognosi non può essere superiore a 3 giorni, escluso il giorno dell'evento. Per il periodo inserito è obbligatorio procedere all'invio della Denuncia di infortunio tramite l'apposito servizio. [Converti in denuncia di infortunio.](#)

È quindi possibile modificare il periodo di prognosi oppure selezionare il link **Converti in denuncia di infortunio.** In quest'ultimo caso un messaggio di colore verde specifica il numero progressivo assegnato alla Denuncia per il completamento e l'invio della quale è necessario accedere al servizio



online “Denuncia/comunicazione di infortunio” e selezionarla tra quelle in lavorazione in modo da inserire gli ulteriori dati necessari al suo inoltro.

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio N°2526

◀ [Store di lavoro](#) > [4 Lavoratore](#) > **[5 Infortunio](#)** > [6 Allegati](#) > [7 Riepilogo e invio](#) >

✓ I dati fin qui inseriti sono stati salvati e riportati nella denuncia/comunicazione n. 8559940 presente tra le denunce in lavorazione. Per procedere nella compilazione della denuncia, accedere al servizio on line Denuncia/Comunicazione di infortunio e selezionare dall'elenco delle denunce in lavorazione la denuncia da completare e inoltrare.

**NOTA:** Si ricorda che l'obbligo di inoltro della comunicazione di infortunio scaturisce se il periodo di prognosi è inferiore a tre giorni, escluso il giorno dell'evento. Si precisa altresì che tale obbligo non sussiste se il periodo di prognosi è di un giorno e coincide con il giorno dell'evento.

## Infortunio - Cause e circostanze

La sezione cause e circostanze riguarda i dati descrittivi per una maggior comprensione dell'evento infortunistico.

CAUSE E CIRCOSTANZE	
In che modo è avvenuto l'infortunio?	400 caratteri disponibili
Inserire descrizione particolareggiata delle cause e circostanze anche con riferimento alle misure di igiene e prevenzione	
Dov'era il lavoratore al momento dell'infortunio?	150 caratteri disponibili
Esempio: nel cantiere di nuova costruzione, nel cantiere di ristrutturazione, nel magazzino, in strada, in galleria, in officina, su una barca, nella stalla, nel campo, nel bosco;	
Che tipo di lavoro stava svolgendo al momento dell'infortunio?	100 caratteri disponibili
Esempio: manutenzione, costruzione nuovo, ristrutturazione vecchio, pulizia, conduzione mezzo di trasporto, trattamento del terreno, allevamento ittico	
Era il suo lavoro consueto?	-- seleziona --
Che cosa stava facendo in particolare al momento dell'infortunio?	150 caratteri disponibili
Esempio: sollevava un carico, saliva le scale, usava il martello, stava guidando il camion, arava il campo; specificare laddove presente l'utensile/attrezzo che si stava utilizzando (es. il carico, le scale, il martello, il camion, il campo)	
Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio?	150 caratteri disponibili
Esempio: si è rotto il cavo, ha perso il controllo del mezzo, è scivolato dalla scala, ha fatto un gesto inopportuno; specificare laddove presente l'oggetto coinvolto nell'evento (es. il cavo, il mezzo, la scala, nessun oggetto)	
In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto al lavoratore?	120 caratteri disponibili
Esempio: shock elettrico, schiacciato dal mezzo di trasporto, caduto al suolo, punto da insetto, sforzo fisico; specificare laddove presente l'oggetto che ha provocato la lesione (es. elettricità, il mezzo di trasporto, il suolo, l'insetto, nessun oggetto)	
Per infortunio con caduta dall'alto, indicare l'altezza della caduta (opzionale)	
00 metri	
Natura della lesione	Descrizione altra natura della lesione
-- seleziona --	Descrizione altra natura della lesione
Sede della lesione	Descrizione altra sede della lesione
-- seleziona --	Descrizione altra sede della lesione

## **Regole di compilazione 'Infortunio – Cause e circostanze'**

**Tutti i campi (esclusi altezza della caduta, natura e sede della lesione)** sono descrittivi, editabili secondo quanto descritto negli esempi contenuti in ciascun campo e della lunghezza massima indicata.

**Natura della lesione** - contiene l'elenco delle tipologie di natura della lesione previste dall'Istituto. Se selezionato **Altro**, il campo **Descrizione altra natura della lesione** diventa editabile e deve essere obbligatoriamente valorizzato.

**Descrizione altra natura della lesione** – il campo diventa editabile ed obbligatorio se nel campo **Natura della lesione** viene selezionato il valore **Altro** (vedi le due immagini sottostanti).

**Sede della lesione** - contiene l'elenco delle tipologie di sedi della lesione previste dall'Istituto. Se selezionato **Altro**, il campo **Descrizione altra sede della lesione** diventa editabile e deve essere obbligatoriamente valorizzato.

**Descrizione altra sede della lesione** - il campo diventa editabile ed obbligatorio se nel campo **Sede della lesione** viene selezionato il valore **Altro** (vedi le due immagini sottostanti).

The image shows two screenshots of a web form. The top screenshot shows the 'Natura della lesione' dropdown menu with 'ALTRO...' selected, and the 'Descrizione altra natura della lesione' text field containing the word 'SHOCK'. The 'Sede della lesione' dropdown menu is also visible with a downward arrow. The bottom screenshot shows the same form, but now the 'Sede della lesione' dropdown menu is also set to 'ALTRO...', and the 'Descrizione altra sede della lesione' text field is empty and ready for input. Both text fields have a light gray border, indicating they are active or required.

Effettuati tutti i dovuti controlli, l'utente può selezionare il pulsante:

- **Cancella** per eliminare le informazioni inserite nei campi digitabili;
- **SALVA BOZZA** che, senza eseguire alcun controllo, salva i dati inseriti, ma non consente il passaggio alla pagina successiva;
- **CONTINUA** per consolidare, al netto dei controlli di obbligatorio, le informazioni inserite consentendo il passaggio alla successiva pagina che viene automaticamente proposta a video.

## 6 ALLEGATI

Completata la compilazione ed il corretto inserimento della pagina **Infortunio**, viene visualizzata la pagina **Allegati** per il caricamento dei documenti da allegare alla Comunicazione di infortunio. La compilazione di questa pagina è facoltativa per la gestione IASPA.

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio N°4621

◀ **Core di lavoro** > 4 **Lavoratore** > 5 **Infortunio** > **6 Allegati** > 7 **Riepilogo e invio** >

CARICAMENTO DEI DOCUMENTI DA ALLEGARE (opzionale)


SCEGLI IL FILE CARICA IL FILE

E' possibile allegare 1 o 2 file PDF da max 1024 KB ciascuno

< INDIETRO CONTINUA >

Fig. 32.

Selezionato dal proprio pc il file PDF da allegare, tramite il pulsante **SCEGLI IL FILE**, si può procedere al caricamento con il bottone **CARICA IL FILE**.

Appare quindi l'elenco che riepiloga i dati del file caricato; il file è visualizzabile tramite l'icona  oppure cancellabile selezionando l'icona del cestino. Si può dunque procedere, se necessario, al caricamento di un ulteriore file.

Nuova Comunicazione di infortunio N°4621

◀ **Core di lavoro** > 4 **Lavoratore** > 5 **Infortunio** > **6 Allegati** > 7 **Riepilogo e invio** >



CARICAMENTO DEI DOCUMENTI DA ALLEGARE (opzionale)

SCEGLI IL FILE CARICA IL FILE

E' possibile allegare 1 o 2 file PDF da max 1024 KB ciascuno

✓ Documento caricato e salvato correttamente

DOCUMENTI CARICATI

Nome file ▴	Dimensione ▾	
ALLEGATOCOM.PDF	31 KB	 

< INDIETRO CONTINUA >

Fig. 33.

### **Regole per inserimento 'Allegati'**

**Numero di file** – massimo 2

**Formato dei file** – solo PDF non protetto

**Grandezza massima di ciascun file** – 1024 KB

**Denominazione file** – il nome non può contenere spazi

Nel caso in cui non sia necessario allegare alcun file è possibile proseguire con la compilazione selezionando il pulsante **CONTINUA**.

## 7 RIEPILOGO E INVIO

Completata la compilazione della pagina **Allegati**, viene visualizzata quella di **Riepilogo e invio** nella quale è possibile controllare i dati inseriti, scaricare l'anteprima del modulo di comunicazione compilato e procedere con l'invio della comunicazione di infortunio.

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio N°1152

◀ **Datore di lavoro** > 4 **Lavoratore** > 5 **Infortunio** > 6 **Allegati** > 7 **Riepilogo e invio** > ▶

PAT	▼
POLIZZE	▼
DATORE DI LAVORO	▼
LAVORATORE	▼
INFORTUNIO	▼
ALLEGATI	▼

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEL D.P.R. N. 445/2000

Il sottoscritto Mandatario del datore di lavoro

Codice fiscale CRLSN052S44D704R	Cognome e nome CARLONI SONIA	
Comune di nascita	Data di nascita 03/01/0001	Indirizzo
Recapito telefonico	Email test@inail.it	PEC (opzionale)

DICHIARA sotto la propria responsabilità:

- di rendere la presente Comunicazione di infortunio ai sensi del d.p.r. n. 1124/1965 e del d.lgs. n. 81/2008 e s.m. in qualità di datore di lavoro dell'infortunato o su delega 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. 5 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), 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 Comunicazione di infortunio non siano rispondenti a verità; ovvero in qualità di delegato 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 Comunicazione di infortunio e quanto dichiarato dal datore di lavoro, il quale resta in ogni caso responsabile della loro veridicità.

Note aggiuntive (opzionale)

300 caratteri disponibili

☐ Confermo quanto sopra indicato

&lt; INDIETRO

Scarica l'anteprima (PDF)

INVIA &gt;

Fig. 34.

Aperto ciascuna delle sezioni in grigio, tramite la freccia verso il basso, è possibile visualizzare i dati inseriti e salvati nell'omonima pagina.

PAT	▼
POLIZZE	▼
DATORE DI LAVORO	▼
LAVORATORE	▼
INFORTUNIO	▼
ALLEGATI	▼

Nella sezione [Dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. n.445/2000](#) viene visualizzata la tipologia del sottoscritto che autocertifica la dichiarazione, determinata in base alle credenziali utilizzate per l'accesso ai servizi online dell'Inail ([Datore di lavoro](#), [Delegato del datore di lavoro](#), [Mandatario del datore di lavoro](#), [Delegato del mandatario](#)), nonché i relativi dati anagrafici presenti negli archivi dell'Istituto.

Tutti i dati, ad eccezione di [Recapito telefonico](#), [Email](#), [PEC](#) e [Note aggiuntive](#), sono automaticamente acquisiti dall'applicativo, in base alle credenziali dell'utente che si è profilato nel portale Inail, e non sono modificabili.

La selezione di [Scarica l'anteprima \(PDF\)](#) permette di aprire e visualizzare il modulo compilato della comunicazione di infortunio, non ancora inviata, in formato PDF. L'anteprima del modulo mostra i dati inseriti nelle pagine della comunicazione delle quali la prima, relativa all'autocertificazione, è vuota in quanto la comunicazione ancora non è ancora stata inviata.

Per procedere con l'invio della comunicazione è necessario confermare la dichiarazione selezionando il check [Confermo quanto sopra indicato](#) quindi il pulsante **INVIA**.

Confermata ed inoltrata la comunicazione di infortunio, ne viene mostrata a video la [ricevuta di invio](#), che può essere anche salvata sul proprio pc tramite il link [Scarica la ricevuta di invio \(PDF\)](#). Nella ricevuta a video viene visualizzato il numero identificativo assegnato automaticamente alla comunicazione inviata ([Numero Comunicazione di infortunio](#)) e la sede INAIL competente alla ricezione della comunicazione di infortunio in base al domicilio del lavoratore. Inoltre, effettuato il controllo con il codice fiscale del lavoratore e quanto inserito nei campi identificativo e data di rilascio del certificato nella sezione [Infortunio – Certificato medico](#), viene specificato se la comunicazione risulta o meno associata alla certificazione medica pervenuta all'Istituto.

È possibile scaricare il modulo PDF della comunicazione inviata tramite il link [Scarica la comunicazione inviata \(PDF\)](#).

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio N°1152

✓ Hai inviato correttamente la Comunicazione di infortunio

**Numero Comunicazione di infortunio: 1152**

La Comunicazione di infortunio è disponibile presso la sede Inail competente di PIOMBINO

Non è stato possibile associare la comunicazione di infortunio alla certificazione medica pervenuta all'Istituto

[📄 Scarica la ricevuta di invio \(PDF\)](#)
[📄 Scarica la comunicazione inviata \(PDF\)](#)

Fig. 35.

## COMPILAZIONE NUOVA COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO ONLINE – GESTIONE PER CONTO DELLO STATO

Scelta la funzione [Nuova comunicazione di infortunio > Online](#), si accede direttamente alla prima pagina, quella del [Datore di lavoro](#).

### 1 DATORE DI LAVORO

I dati del datore di lavoro sono suddivisi in **due sottosezioni**:

- **Anagrafica Amministrazione statale**: dati anagrafici dell'Amministrazione statale;
- **Struttura**: dati relativi alla struttura dell'Amministrazione;

### Datore di lavoro – Anagrafica Amministrazione Statale

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio N°1152

◀ **1 Datore di lavoro >** 2 Lavoratore > 3 Infortunio > 4 Allegati > 5 Riepilogo e invio > ▶

ANAGRAFICA AMMINISTRAZIONE STATALE		
Codice fiscale	Amministrazione statale	
80218670588	CORTE DEI CONTI	
Indirizzo		ASL
VIA ANTONIO BAIAMONTI, 25 - 00195 - ROMA (RM) - ITALIA		
Telefono	PEC	
06 3876 8124	AAGG.PREVENZIONESICUREZZA@CORTECONTICERT.IT	
STRUTTURA		
Struttura in cui opera abitualmente il lavoratore		Codice fiscale
CORTE DEI CONTI LAZIO		80218670588
Codice struttura	Indirizzo	
A8	VIA ANTONIO BAIAMONTI, 25 - 00195 - ROMA (RM) - ITALIA	
ASL	Telefono	PEC
RM/D	06 3876 8124	AAGG.PREVENZIONESICUREZZA@CORTECONTICERT.IT
Codice INAIL e Descrizione		
-- seleziona --		

[Cancella dati](#)

[SALVA BOZZA](#)

[CONTINUA >](#)

Fig. 36.

## **Regole di compilazione 'Datore di lavoro – Anagrafica Amministrazione statale'**

I campi con sfondo grigio vengono caricati automaticamente dall'applicativo con le informazioni presenti negli archivi dell'Istituto ed attinenti l'Amministrazione Statale.

### **Datore di lavoro – Struttura**

I campi con sfondo grigio vengono caricati automaticamente dall'applicativo con le informazioni presenti negli archivi dell'Istituto relative all'ufficio, avente autonomia gestionale ed individuato dall'Amministrazione tenendo conto dell'ubicazione e dell'ambito funzionale dello stesso, nel quale viene svolta l'attività.

L'unico campo che dovrà essere obbligatoriamente compilato dall'utente è il campo **Codice INAIL e Descrizione**, che contiene l'elenco dei codici Inail, e le relative descrizioni, afferenti la specifica struttura così come dichiarate dall'Amministrazione Statale.

Effettuati tutti i dovuti controlli, l'utente può selezionare il pulsante:

- **Cancella** per eliminare le informazioni inserite nei campi digitabili;
- **SALVA BOZZA** che, senza eseguire alcun controllo, salva i dati inseriti, ma non consente il passaggio alla pagina successiva;
- **CONTINUA** per consolidare, al netto dei controlli di obbligatorio, le informazioni inserite consentendo il passaggio alla successiva pagina che viene automaticamente proposta a video.



## 2 LAVORATORE

Completata la compilazione ed il corretto inserimento della pagina del **Datore di lavoro**, viene visualizzata quella relativa ai dati del lavoratore, suddivisa in quattro sezioni:

- **Dati anagrafici**: dati anagrafici del lavoratore;
- **Residenza e domicilio**: dati relativi alla residenza e, se diverso, al domicilio del lavoratore;
- **Contatti**: da compilare solo in caso di consenso del lavoratore a comunicare i propri dati personali all'Inail;
- **Rapporto di lavoro**: dati relativi alla situazione lavorativa del lavoratore infortunato.

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO  
Nuova Comunicazione di infortunio N°4621

[Datore di lavoro >](#)
[4 Lavoratore >](#)
[5 Infortunio >](#)
[6 Allegati >](#)
[7 Riepilogo e invio >](#)

---

**DATI ANAGRAFICI**

Codice fiscale  [CERCA](#) Nome  Cognome

Cittadinanza  -- seleziona -- Data di nascita  gg/mm/aaaa  Sesso  -- seleziona -- Stato civile (opzionale)  -- seleziona --

Stato di nascita  -- seleziona --

---

**RESIDENZA E DOMICILIO**

Indirizzo di residenza  -- seleziona -- N° civico

Nazione  -- seleziona --

☐ L'indirizzo di domicilio è diverso dall'indirizzo di residenza

---

**CONTATTI**

Da compilare solo in caso di consenso del lavoratore a comunicare i propri dati personali all'INAIL.

Recapito telefonico  es. +39065634222 Secondo recapito telefonico  es. +39065634222 ☐ Non ho queste informazioni

Email (opzionale)  PEC (opzionale)

---

**RAPPORTO DI LAVORO**

Studente ☒ No ☐ Sì

Tipologia di lavoratore  -- seleziona -- Tipologia di contratto  -- Seleziona --

Data di assunzione (opzionale)  gg/mm/aaaa

CCNL - Settore lavorativo CNEL  -- Seleziona -- CCNL - Categoria CNEL  -- Seleziona --

Qualifica assicurativa  --Seleziona--

Voce professionale ISTAT  [CERCA PROFESSIONE](#)

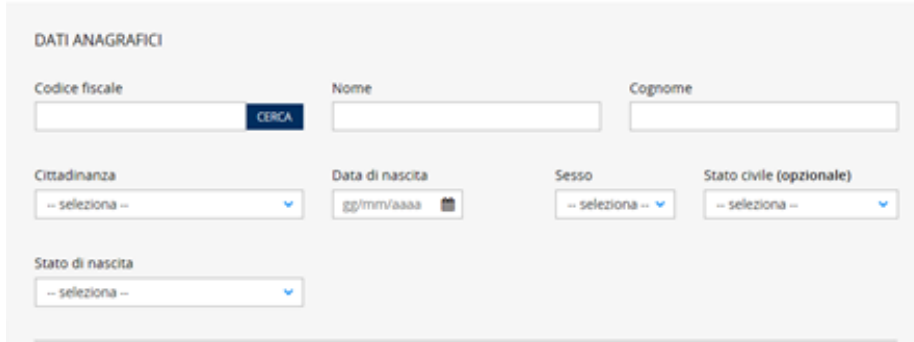
---

[< INDIETRO](#)
[Cancella dati](#)
[SALVA BOZZA](#)
[CONTINUA >](#)

Fig. 37.

## Lavoratore – Dati anagrafici

La sezione interessa tutti i dati anagrafici del lavoratore che ha subito l'infortunio.



The screenshot shows a form titled "DATI ANAGRAFICI". It contains the following fields and controls:

- Codice fiscale**: A text input field followed by a blue button labeled "CERCA".
- Nome**: A text input field.
- Cognome**: A text input field.
- Cittadinanza**: A dropdown menu with "-- seleziona --" as the placeholder.
- Data di nascita**: A text input field with a calendar icon, showing the format "gg/mm/aaaa".
- Sesso**: A dropdown menu with "-- seleziona --" as the placeholder.
- Stato civile (opzionale)**: A dropdown menu with "-- seleziona --" as the placeholder.
- Stato di nascita**: A dropdown menu with "-- seleziona --" as the placeholder.

### Regole di compilazione 'Lavoratore – Dati anagrafici'

**Codice fiscale** - campo alfanumerico di 16 caratteri.

**Pulsante CERCA** – consente di effettuare una ricerca, all'interno dell'archivio della comunicazione d'infortunio online, del lavoratore di cui si è digitato il codice fiscale: se trovato, tutti i campi sottostanti vengono precompilati; in caso contrario, apparirà un messaggio indicante l'assenza in archivio del lavoratore ricercato e tutti i dati dovranno essere inseriti.

**Nome** - campo obbligatorio alfanumerico di massimo 30 caratteri.

**Cognome** - campo obbligatorio alfanumerico di massimo 40 caratteri.

**Cittadinanza** - campo obbligatorio contenente l'elenco di tutte le cittadinanze.

**Data di nascita** – campo obbligatorio da inserire nel formato gg/mm/aaaa oppure tramite il calendario.

**Sesso** – campo obbligatorio.

**Stato civile** – campo opzionale.

**Stato di nascita** - se è *ITALIA*, verranno visualizzati i campi **Provincia di nascita** e **Comune di nascita**; se diverso da *ITALIA*, sarà presente solo il campo **Comune**.

**Provincia di nascita** - visibile se lo **Stato di nascita** è *ITALIA* e contenente l'elenco di tutte le Province esistenti alla **Data di nascita** del lavoratore inserita.

**Comune di nascita** – campo elenco contenente i Comuni della **Provincia di nascita** scelta se lo **Stato di nascita** è *ITALIA*; se lo **Stato di nascita** è diverso da *ITALIA*, è liberamente editabile per indicare il **Comune estero**; obbligatorio in entrambi i casi.

## Lavoratore – Residenza e domicilio

RESIDENZA E DOMICILIO

Indirizzo di residenza

VIA

Roma

N° civico

1

Nazione

ITALIA

Provincia

LIVORNO

Comune

PIOMBINO

CAP

57025

ASL

AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST

VERIFICA

☒ L'indirizzo di domicilio è diverso dall'indirizzo di residenza

Indirizzo di domicilio

VIA

Roma

N° civico

101

Nazione

ITALIA

Provincia

LIVORNO

Comune

PIOMBINO

CAP

57025

ASL

AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST

VERIFICA

### Regole di compilazione 'Lavoratore – Residenza e domicilio'

**Indirizzo di residenza** – composto dal primo campo del toponimo e dal successivo campo indirizzo.

**N° civico** – campo obbligatorio.

**Nazione** – se è *ITALIA*, verranno visualizzati i campi *Provincia*, *Comune* e *CAP*; se diversa da *ITALIA*, sarà presente solo il campo *Comune*.

**Provincia** – campo elenco visualizzato solo se la *Nazione* di residenza è valorizzata con *ITALIA* e, in questo caso, obbligatorio; contiene l'elenco delle Province esistenti alla data attuale.

**Comune** – campo elenco contenente la lista dei Comuni appartenenti alla *Provincia* scelta se la *Nazione* di residenza è valorizzata con *ITALIA*; se la *Nazione* di residenza è diversa da *ITALIA*, è liberamente editabile per indicare il *Comune estero*; obbligatorio in entrambi i casi.

**CAP** - campo elenco visualizzato solo se la *Nazione* di residenza è valorizzata con *ITALIA*, caricato in base alla scelta del *Comune* ed obbligatorio.

**ASL** – campo elenco visualizzato solo se la *Nazione* di residenza è valorizzata con *ITALIA*, caricato in base al *Comune* scelto ed obbligatorio.

**Pulsante VERIFICA** – Consente di verificare la validità dell'indirizzo di residenza inserito. Tale verifica è opzionale nel caso in cui siano presenti i dati precompilati provenienti dalla ricerca del lavoratore tramite il suo codice fiscale (senza modificare i dati), è invece obbligatoria ai fini del salvataggio della pagina se, in caso di altro indirizzo da inserire, la *Nazione* scelta è *ITALIA* oppure se vengono modificati i citati dati precompilati. Per attivare la verifica è necessario inserire *Provincia*, *Comune* e *Indirizzo di residenza* e selezionare quindi il pulsante, mentre il *CAP* è opzionale ai fini della validazione dello stesso. Il controllo restituisce, in una nuova pagina, l'indirizzo normalizzato comprensivo di CAP oppure i possibili indirizzi tra i quali scegliere; tuttavia, nel caso in cui si volesse comunque conservare l'indirizzo digitato, è sufficiente selezionare l'opzione *Indirizzo non censito*. Effettuata la scelta e selezionato il pulsante **CONFERMA SELEZIONE**, l'applicativo ritorna automaticamente alla pagina originaria *Lavoratore*, nella quale i campi *CAP* e *Indirizzo di residenza* risultano compilati in base alla scelta effettuata. Qualsiasi successiva modifica all'indirizzo comporta una nuova validazione dei dati.

**L'indirizzo di domicilio è diverso dall'indirizzo di residenza** – se selezionato, vengono mostrati i campi in cui inserire i dati relativi al domicilio:

**Indirizzo di domicilio** – composto dal campo Toponimo e dal successivo campo Indirizzo.

**N° civico** – campo obbligatorio

**Nazione** – se è *ITALIA*, verranno visualizzati i campi **Provincia**, **Comune** e **CAP**; se diversa da *ITALIA*, sarà presente solo il campo **Comune**.

**Provincia** - campo elenco visualizzato solo se la **Nazione** di domicilio è *ITALIA* e contenente l'elenco delle Province esistenti alla data attuale.

**Comune** - campo elenco contenente la lista dei Comuni della **Provincia** scelta se la **Nazione** di domicilio è valorizzata con *ITALIA*; se la **Nazione** di domicilio è diversa da *ITALIA*, è liberamente editabile per indicare il **Comune estero**; obbligatorio in entrambi i casi.

**CAP** - campo elenco visualizzato solo se la **Nazione** di domicilio è valorizzata con *ITALIA*, caricato in base alla scelta del **Comune** ed obbligatorio.

**ASL** – campo elenco visualizzato solo se la **Nazione** di domicilio è valorizzata con *ITALIA*, caricato in base alla scelta del **Comune** ed obbligatorio.

**Pulsante VERIFICA** – Consente di verificare la validità dell'indirizzo di domicilio inserito. Tale verifica è opzionale nel caso in cui siano presenti i dati precompilati provenienti dalla ricerca del lavoratore tramite il suo codice fiscale (senza modificare i dati), è invece obbligatoria ai fini del salvataggio della pagina se, in caso di altro indirizzo da inserire, la **Nazione** scelta è *ITALIA* oppure se vengono modificati i citati dati precompilati. Per attivare la verifica è necessario inserire **Provincia**, **Comune** e **Indirizzo di domicilio** e selezionare quindi il pulsante, mentre il **CAP** è opzionale ai fini della validazione dello stesso. Il controllo restituisce, in una nuova pagina, l'indirizzo normalizzato comprensivo di CAP oppure i possibili indirizzi tra i quali scegliere; tuttavia, nel caso in cui si volesse comunque conservare l'indirizzo digitato, è sufficiente selezionare l'opzione *Indirizzo non censito*. Effettuata la scelta e selezionato il pulsante **CONFERMA SELEZIONE**, l'applicativo ritorna automaticamente alla pagina originaria **Lavoratore**, nella quale i campi **CAP** e **Indirizzo di domicilio** risultano compilati in base alla scelta effettuata. Qualsiasi successiva modifica all'indirizzo comporta una nuova validazione dei dati.

## Lavoratore – Contatti

## Regole di compilazione 'Lavoratore – Contatti'

**Recapito telefonico** – campo numerico di massimo 24 caratteri in cui inserire il recapito telefonico principale (telefono fisso o cellulare), comprensivo, eventualmente, di prefisso internazionale (ad es. +39 per Italia).

**Secondo recapito telefonico** – campo numerico di massimo 24 caratteri in cui inserire un ulteriore recapito telefonico (telefono fisso o cellulare), comprensivo, eventualmente, di prefisso internazionale (ad es. +39 per Italia).

**Non ho queste informazioni** - da selezionare obbligatoriamente se non disponibile nessuno dei due recapiti telefonici.

**Email** – campo opzionale alfanumerico di massimo 70 caratteri.

**PEC** – campo opzionale alfanumerico di massimo 70 caratteri.

## **Lavoratore – Rapporto di lavoro**

La sezione riguarda i dati relativi al rapporto di lavoro dell'infortunato.

**RAPPORTO DI LAVORO**

Studente ⓘ  
☒ No  
☐ Sì

Tipologia di lavoratore: -- seleziona --  
 Tipologia di contratto: -- Seleziona --

Data di assunzione (opzionale): gg/mm/aaaa

CCNL - Settore lavorativo CNEL: -- Seleziona --  
 CCNL - Categoria CNEL: - Seleziona -

Qualifica assicurativa: --Seleziona--

Voce professionale ISTAT: CERCA PROFESSIONE

Per maggiori informazioni riguardo le previste compatibilità tra le tipologie elencate ed il tipo polizza già selezionato, è possibile consultare nel menu [Utilità](#) la [Guida di compatibilità tipi Polizza-Lavoratore-Qualifica Assicurativa](#).

È inoltre disponibile nel medesimo menu la [Classificazione delle professioni – CP2011](#), ossia il navigatore dei livelli professionali di cui si compone la classificazione ISTAT.

## **Regole di compilazione 'Lavoratore – Rapporto di lavoro'**

**Studente** – se valorizzato a *Sì*, vengono disabilitati tutti i campi ad eccezione della **Qualifica assicurativa** che può assumere solo il valore: *Insegnante e alunno scuole; istruttore e allievo corsi qualificazione prof.le (art.4 n.5 d.p.r. 1124/65)*. Selezionando *Sì*, l'icona del punto interrogativo si attiva automaticamente mostrando il testo che regola la scelta dell'opzione.

**Tipologia di lavoratore** - elenco delle tipologie di lavoratore riferite alla tipologia di datore di lavoro di Amministrazioni statali; disabilitato se **Studente** = *Sì*.

**Tipologia di contratto** - elenco delle tipologie di contratto afferenti alla **Tipologia di lavoratore** selezionato; disabilitato se **Studente** = *Sì*.

**Data assunzione** - obbligatoria se **Tipologia di contratto** è *Contratto a tempo determinato a tempo pieno, Contratto a tempo determinato a tempo parziale o Contratto determinato*; disabilitato se **Studente** = *Sì*.

**Data di fine rapporto di lavoro** - obbligatoria se **Tipologia di contratto** è *Contratto a tempo determinato a tempo pieno, Contratto a tempo determinato a tempo parziale o Contratto determinato*; disabilitato se **Studente** = *Sì*.

**CCNL - Settore lavorativo CNEL** - il campo è precompilato con *AMMINISTRAZIONE PUBBLICA*; disabilitato se **Studente** = *Sì*.

**CCNL - Categoria CNEL** - elenco delle categorie CNEL afferenti al **Settore lavorativo CNEL** di cui sopra; disabilitato se **Studente** = *Sì*.

**Qualifica assicurativa** - elenco delle qualifiche assicurative afferenti alla **Tipologia di contratto** selezionato. Se **Studente** = *SI*, viene precompilato con *Insegnante e alunno scuole; istruttore e allievo corsi qualificazione prof.le* (art. 4 n. 5 d.p.r. 1124/65).

**Voce professionale ISTAT** - campo in sola visualizzazione che contiene il risultato della relativa ricerca effettuata tramite il tasto **CERCA PROFESSIONE**.

**CERCA PROFESSIONE** - pulsante che attiva la ricerca della **Voce Professionale ISTAT** (ex mansione/professione); la funzionalità è descritta nel [capitolo 'Ricerca professione ISTAT'](#); disabilitato se **Studente** = *SI* oppure se **Tipologia lavoratore** è *Allievo/istruttore corsi qualificazione prof.le*.

**Visualizza Nomenclatura e Classificazione** - pulsante che, visibile solo dopo aver ricercato e acquisito la 'Voce professionale', attiva la visualizzazione della struttura classificativa dei cinque livelli dai quali deriva la relativa **Voce Professionale ISTAT** scelta e visualizzata nel campo; disabilitato se **Studente** = *SI*.

Effettuati tutti i dovuti controlli, l'utente può selezionare il pulsante:

- **Cancella** per eliminare le informazioni inserite nei campi digitabili;
- **SALVA BOZZA** che, senza eseguire alcun controllo, salva i dati inseriti, ma non consente il passaggio alla pagina successiva;
- **CONTINUA** per consolidare, al netto dei controlli di obbligatorietà, le informazioni inserite consentendo il passaggio alla successiva pagina che viene automaticamente proposta a video.

### 3 INFORTUNIO

Completata la compilazione ed il corretto inserimento della pagina del **Lavoratore**, viene visualizzata quella relativa a 'Infortunio', composta da quattro sezioni:

- **Dove è avvenuto l'infortunio:** dati relativi al luogo in cui si è verificato l'evento che ha causato l'infortunio;
- **Quando è avvenuto l'infortunio:** dati relativi a data, ora, ecc. dell'evento e alla conoscenza dell'accaduto da parte del datore di lavoro;
- **Certificato medico:** dati relativi al certificato medico di infortunio dal quale scaturisce l'obbligo di invio della comunicazione;
- **Cause e circostanze:** dati descrittivi per una maggior comprensione delle dinamiche dell'infortunio.

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio N°4621

1 Datore di lavoro > 4 Lavoratore > **5 Infortunio** > 6 Allegati > 7 Riepilogo e invio >

**DOVE È AVVENUTO L'INFORTUNIO?**

Luogo dell'evento/Località dei lavori/Unità produttiva  
(modificare se diversa da quella già inserita nella sezione DATORE DI LAVORO)

Luogo dell'evento/Località dei lavori/Unità produttiva

Massimo 130 caratteri

Nazione  
-- seleziona --

Indirizzo del luogo dell'infortunio  
-- seleziona --    Indirizzo    N° civico

Infortunio in itinere? -- seleziona --    Incidente con mezzo di trasporto -- seleziona --    Tipo di Incidente -- seleziona --

Presso altra azienda -- seleziona --    Codice fiscale altra azienda    Denominazione/ragione sociale altra azienda

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

---

**QUANDO È AVVENUTO L'INFORTUNIO?**

Data evento gg/mm/aaaa    Ora evento HH:MM    Ora di lavoro -- seleziona --

Giorno festivo? -- seleziona --    Durante il turno di notte? -- seleziona --

---

**CERTIFICATO MEDICO**

Dati del certificato medico da cui scaturisce l'obbligo di comunicazione di infortunio ai sensi dell'art. 18 c. 1 lettera r d.lgs. 81/2008.

Identificativo certificato ?    Data di rilascio gg/mm/aaaa    Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato medico dal lavoratore gg/mm/aaaa

Periodo di prognosi  
Dal gg/mm/aaaa    al gg/mm/aaaa

Fig. 38.

CAUSE E CIRCOSTANZE

In che modo è avvenuto l'infortunio? 400 caratteri disponibili

Inserire descrizione particolareggiata delle cause e circostanze anche con riferimento alle misure di igiene e prevenzione

Dov'era il lavoratore al momento dell'infortunio? 150 caratteri disponibili

Esempio: nel cantiere di nuova costruzione, nel cantiere di ristrutturazione, nel magazzino, in strada, in galleria, in officina, su una barca, nella stalla, nel campo, nel bosco;

Che tipo di lavoro stava svolgendo al momento dell'infortunio? 100 caratteri disponibili

Esempio: manutenzione, costruzione nuovo, ristrutturazione vecchio, pulizia, conduzione mezzo di trasporto, trattamento del terreno, allevamento ittico

Era il suo lavoro consueto?

-- seleziona --

Che cosa stava facendo in particolare al momento dell'infortunio? 150 caratteri disponibili

Esempio: sollevava un carico, saliva le scale, usava il martello, stava guidando il camion, arava il campo; specificare laddove presente l'utensile/attrezzo che si stava utilizzando (es. il carico, le scale, il martello, il camion, il campo)

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? 150 caratteri disponibili

Esempio: si è rotto il cavo, ha perso il controllo del mezzo, è scivolato dalla scala, ha fatto un gesto inopportuno; specificare laddove presente l'oggetto coinvolto nell'evento (es. il cavo, il mezzo, la scala, nessun oggetto)

In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto al lavoratore? 120 caratteri disponibili

Esempio: shock elettrico, schiacciato dal mezzo di trasporto, caduto al suolo, punto da insetto, sforzo fisico; specificare laddove presente l'oggetto che ha provocato la lesione (es. elettricità, il mezzo di trasporto, il suolo, l'insetto, nessun oggetto)

Per infortunio con caduta dall'alto, indicare l'altezza della caduta (opzionale)

00 metri

Natura della lesione

-- seleziona --

Descrizione altra natura della lesione

Descrizione altra natura della lesione

Sede della lesione

-- seleziona --

Descrizione altra sede della lesione

Descrizione altra sede della lesione

< INDIETRO

Cancella dati

SALVA BOZZA

CONTINUA >

Fig. 39.

## Infortunio – Dove è avvenuto l'infortunio

I dati del luogo dell'evento vengono automaticamente impostati con quelli corrispondenti già inseriti e salvati nella sezione [Datore di lavoro – Struttura](#). Se l'evento si è invece verificato in altra sede, è possibile sovrascrivere tali dati in modo da inserire quelli corretti e necessari.



DOVE E' AVVENUTO L'INFORTUNIO?

Luogo dell'evento/Località dei lavori/Unità produttiva  
(modificare se diversa da quella già inserita nella sezione DATORE DI LAVORO)

Luogo dell'evento/Località dei lavori/Unità produttiva

Massimo 130 caratteri

Nazione  Provincia

Comune  CAP  ASL

Indirizzo del luogo dell'infortunio

VIA  N° civico

Infortunio in itinere?

Incidente con mezzo di trasporto

Tipo di Incidente

Presso altra azienda

Codice fiscale altra azienda

Denominazione/ragione sociale altra azienda

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

## Regole di compilazione 'Infortunio – Dove è avvenuto l'infortunio'

**Luogo dell'evento/Località dei lavori/Struttura** - campo alfanumerico di massimo 130 caratteri; precompilato con la **Struttura in cui opera abitualmente il lavoratore** precedentemente scelta nella sezione **Datore di lavoro – Struttura**. Il campo è modificabile.

**Nazione** – il campo è precompilato con il contenuto del corrispettivo campo **Nazione** della sezione **Datore di lavoro – Struttura**, ma è modificabile. Se valorizzato con **ITALIA**, verranno visualizzati i campi **Provincia**, **Comune** e **CAP**; se diverso da **ITALIA**, sarà presente solo il campo **Comune**.

**Provincia** - il campo è precompilato con il contenuto del corrispettivo campo **Provincia** della sezione **Datore di lavoro – Struttura**, ma è modificabile. Viene visualizzato solo se la **Nazione** è **ITALIA** e contiene l'elenco delle Province esistenti alla data attuale.

**Comune** - il campo è precompilato con il contenuto del corrispettivo campo **Comune** della sezione **Datore di lavoro – Struttura**, ma è modificabile. Contiene la lista dei Comuni relativi alla scelta della **Provincia** se la **Nazione** è valorizzata con **ITALIA**; se la **Nazione** è diversa da **ITALIA**, è liberamente editabile per indicare il **Comune estero**; obbligatorio in entrambi i casi.

**CAP** - il campo è precompilato con il contenuto del corrispettivo campo **CAP** della sezione **Datore di lavoro – Struttura**, ma è modificabile. Viene visualizzato solo se la **Nazione** è valorizzata con **ITALIA**, caricato in base alla scelta del **Comune** ed obbligatorio.

**ASL** – il campo è precompilato con il contenuto del corrispettivo campo **ASL** della sezione **Datore di lavoro – Struttura**, ma è modificabile. Viene visualizzato solo se la **Nazione** è valorizzata con **ITALIA**, caricato in base alla scelta del **Comune** ed obbligatorio.

**Indirizzo del luogo dell'infortunio** - composto da 3 campi separati: toponimo, indirizzo e N° civico. I campi sono precompilati con quanto risulta nella sezione **Datore di lavoro – Struttura**, ma sono modificabili; il campo dell'indirizzo è alfanumerico di massimo 50 caratteri.

**Pulsante VERIFICA** – Consente di verificare la validità dell'indirizzo inserito in merito al luogo presso il quale si è verificato l'infortunio. Tale verifica è opzionale nel caso in cui siano presenti i dati precompilati provenienti dalla **Struttura** precedentemente scelta nella sottosezione **Datore di lavoro – Struttura** (senza modificare i dati), è invece obbligatoria ai fini del salvataggio della pagina se, in caso di altro indirizzo da inserire, la **Nazione** scelta è **ITALIA** oppure se vengono modificati

i citati dati precompilati. Per attivare la verifica è necessario inserire **Provincia**, **Comune** e **Indirizzo del luogo dell'infortunio** e selezionare quindi il pulsante, mentre il **CAP** è opzionale ai fini della validazione dello stesso. Il controllo restituisce, in una nuova pagina, l'indirizzo normalizzato comprensivo di CAP oppure i possibili indirizzi tra i quali scegliere, tuttavia, nel caso in cui si volesse comunque conservare l'indirizzo digitato, è sufficiente selezionare l'opzione **Indirizzo non censito**. Effettuata la scelta e selezionato il pulsante **CONFERMA SELEZIONE**, l'applicativo ritorna automaticamente alla originaria pagina **Infortunio**, nella quale i campi **CAP** e **Indirizzo del luogo dell'infortunio** risultano compilati in base alla scelta effettuata. Qualsiasi successiva modifica all'indirizzo comporta una nuova validazione dei dati.

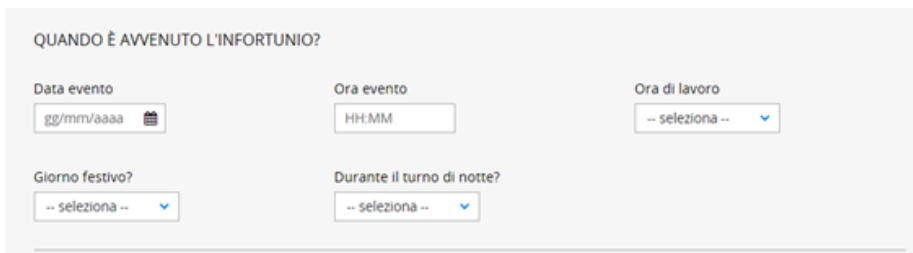
**Infortunio in itinere** – campo alternativo **SI/NO**. Se selezionato a **SI**, i campi contenuti nel box **Presso altra azienda** sono inibiti (non editabili). Link, tramite icona **punto interrogativo**, ad informazioni normative.

**Incidente con mezzo di trasporto** – se valorizzato a **NO**, il successivo campo relativo al **Tipo di incidente** non è selezionabile.

**Tipo di incidente** – campo elenco obbligatorio se **Incidente con mezzo di trasporto** è valorizzato a **SI**; non è editabile se invece il campo **Incidente con mezzo di trasporto** = **NO**.

## Infortunio – Quando è avvenuto l'infortunio

Questa sezione riguarda tutte le informazioni relative al momento dell'evento.



QUANDO È AVVENUTO L'INFORTUNIO?

Data evento: gg/mm/aaaa

Ora evento: HH:MM

Ora di lavoro: -- seleziona --

Giorno festivo?: -- seleziona --

Durante il turno di notte?: -- seleziona --

## Regole di compilazione 'Infortunio – Quando è avvenuto l'infortunio'

**Data evento** – campo obbligatorio.

**Ora evento** – campo obbligatorio.

**Ora di lavoro** – campo elenco contenente i numeri da 1 a 24; non editabile se **Infortunio in itinere** è stato valorizzato a **SI** nella precedente sezione.

**Giorno festivo?** – campo obbligatorio.

**Durante il turno di notte?** – campo obbligatorio.

## Infortunio – Certificato medico



CERTIFICATO MEDICO

Dati del certificato medico da cui scaturisce l'obbligo di comunicazione di infortunio ai sensi dell'art. 18 c. 1 lettera r d.lgs. 81/2008.

Identificativo certificato: Identificativo certificato

Data di rilascio: gg/mm/aaaa

Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato medico dal lavoratore: gg/mm/aaaa

Periodo di prognosi: Dal gg/mm/aaaa al gg/mm/aaaa

## Regole di compilazione 'Infortunio – Certificato medico'

**Identificativo certificato** – deve essere valorizzato con il codice identificativo del certificato medico di infortunio assegnato dalla struttura ospedaliera/medico oppure da INAIL nel caso di inoltro telematico del certificato all'Istituto. Tale campo è sempre obbligatorio.

**ATTENZIONE:** il valore del campo **Identificativo certificato** deve essere inserito così come presente sul certificato medico di infortunio. Ad esempio, se il certificato medico riporta il numero identificativo **000000101**, questo valore deve essere inserito nel campo **Identificativo certificato** comprensivo degli zeri iniziali.

**Data di rilascio** – da valorizzare con la data in cui il certificato medico di infortunio è stato rilasciato da medico/struttura ospedaliera; data maggiore/uguale a **Data evento** e minore/uguale a **Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato medico dal lavoratore**. Il campo è sempre obbligatorio.

**Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato medico dal lavoratore** – campo obbligatorio.

**Periodo di prognosi / Dal** – definisce l'inizio del periodo di prognosi e deve essere maggiore/uguale alla **Data evento**. Campo obbligatorio.

**Periodo di prognosi / Al** – definisce la fine del periodo di prognosi. Deve essere maggiore/uguale alla **Data inizio del periodo di prognosi**. Campo obbligatorio.

Nel caso in cui il periodo di prognosi inserito fosse superiore ai tre giorni, escluso quello dell'evento, viene mostrato il messaggio: *“ERRORE: Il periodo di prognosi non può essere superiore a 3 giorni, escluso il giorno dell'evento. Per il periodo inserito è obbligatorio procedere all'invio della Denuncia di infortunio tramite l'apposito servizio. Converti in denuncia di infortunio.”*

CERTIFICATO MEDICO

Dati del certificato medico da cui scaturisce l'obbligo di comunicazione di infortunio ai sensi dell'art. 18 c. 1 lettera r d.lgs. 81/2008.

Identificativo certificato ⓘ <input type="text" value="000124578"/>	Data di rilascio <input type="text" value="01/08/2018"/>	Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato medico dal lavoratore <input type="text" value="01/08/2018"/>
--	---	--

Periodo di prognosi

Dal  al

ERRORE: Il periodo di prognosi non può essere superiore a 3 giorni, escluso il giorno dell'evento. Per il periodo inserito è obbligatorio procedere all'invio della Denuncia di infortunio tramite l'apposito servizio. [Converti in denuncia di infortunio.](#)

È quindi possibile modificare il periodo di prognosi oppure selezionare il link [Converti in denuncia di infortunio](#). In quest'ultimo caso un messaggio di colore verde specifica il numero progressivo assegnato alla Denuncia per il completamento e l'invio della quale è necessario accedere al servizio online “Denuncia/comunicazione di infortunio” e selezionarla tra quelle in lavorazione in modo da inserire gli ulteriori dati necessari al suo inoltro.

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio N°2526

◀ [Datore di lavoro](#) > 4 [Lavoratore](#) > 5 [Infortunio](#) > 6 [Allegati](#) > 7 [Riepilogo e invio](#) >

✓ I dati fin qui inseriti sono stati salvati e riportati nella denuncia/comunicazione n. 8559940 presente tra le denunce in lavorazione. Per procedere nella compilazione della denuncia, accedere al servizio on line Denuncia/Comunicazione di infortunio e selezionare dall'elenco delle denunce in lavorazione la denuncia da completare e inoltrare.

**NOTA:** Si ricorda che l'obbligo di inoltro della comunicazione di infortunio scaturisce se il periodo di prognosi è inferiore a tre giorni, escluso il giorno dell'evento. Si precisa altresì che tale obbligo non sussiste se il periodo di prognosi è di un giorno e coincide con il giorno dell'evento.

## Infortunio - Cause e circostanze

La sezione cause e circostanze riguarda i dati descrittivi per una maggior comprensione dell'evento infortunistico.

CAUSE E CIRCOSTANZE

In che modo è avvenuto l'infortunio?
400 caratteri disponibili

Inserire descrizione particolareggiata delle cause e circostanze anche con riferimento alle misure di igiene e prevenzione

Dov'era il lavoratore al momento dell'infortunio?
150 caratteri disponibili

Esempio: nel cantiere di nuova costruzione, nel cantiere di ristrutturazione, nel magazzino, in strada, in galleria, in officina, su una barca, nella stalla, nel campo, nel bosco;

Che tipo di lavoro stava svolgendo al momento dell'infortunio?
100 caratteri disponibili

Esempio: manutenzione, costruzione nuovo, ristrutturazione vecchio, pulizia, conduzione mezzo di trasporto, trattamento del terreno, allevamento ittico

Era il suo lavoro consueto?
-- seleziona --

Che cosa stava facendo in particolare al momento dell'infortunio?
150 caratteri disponibili

Esempio: sollevava un carico, saliva le scale, usava il martello, stava guidando il camion, arava il campo; specificare laddove presente l'utensile/attrezzo che si stava utilizzando (es. il carico, le scale, il martello, il camion, il campo)

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

Esempio: si è rotto il cavo, ha perso il controllo del mezzo, è scivolato dalla scala, ha fatto un gesto inopportuno; specificare laddove presente l'oggetto coinvolto nell'evento (es. il cavo, il mezzo, la scala, nessun oggetto)

In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto al lavoratore?
120 caratteri disponibili

Esempio: shock elettrico, schiacciato dal mezzo di trasporto, caduto al suolo, punto da insetto, sforzo fisico; specificare laddove presente l'oggetto che ha provocato la lesione (es. elettricità, il mezzo di trasporto, il suolo, l'insetto, nessun oggetto)

Per infortunio con caduta dall'alto, indicare l'altezza della caduta (opzionale)

00 metri

Natura della lesione
-- seleziona --

Descrizione altra natura della lesione
Descrizione altra natura della lesione

Sede della lesione
-- seleziona --

Descrizione altra sede della lesione
Descrizione altra sede della lesione

## Regole di compilazione 'Infortunio – Cause e circostanze'

**Tutti i campi (esclusi altezza della caduta, natura e sede della lesione)** sono descrittivi, editabili secondo quanto descritto negli esempi contenuti in ciascun campo e della lunghezza massima indicata.

**Natura della lesione** - contiene l'elenco delle tipologie di natura della lesione previste dall'Istituto. Se selezionato *Altro*, il campo **Descrizione altra natura della lesione** diventa editabile e deve essere obbligatoriamente valorizzato.

**Descrizione altra natura della lesione** – il campo diventa editabile ed obbligatorio se nel campo **Natura della lesione** viene selezionato il valore *Altro* (vedi le due immagini sottostanti).

**Sede della lesione** - contiene l'elenco delle tipologie di sedi della lesione previste dall'Istituto. Se selezionato *Altro*, il campo **Descrizione altra sede della lesione** diventa editabile e deve essere obbligatoriamente valorizzato.

**Descrizione altra sede della lesione** - il campo diventa editabile ed obbligatorio se nel campo **Sede della lesione** viene selezionato il valore *Altro* (vedi le due immagini sottostanti).

The image contains two screenshots of a web form, illustrating how the visibility of description fields depends on the selection in the main category fields.

**Top Screenshot:** The 'Natura della lesione' dropdown is set to 'ALTRO...'. The 'Descrizione altra natura della lesione' text field is active and contains the text 'SHOCK'. The 'Sede della lesione' dropdown is empty, and the 'Descrizione altra sede della lesione' field is disabled (greyed out).

**Bottom Screenshot:** Both the 'Natura della lesione' and 'Sede della lesione' dropdowns are set to 'ALTRO...'. Consequently, both the 'Descrizione altra natura della lesione' (containing 'SHOCK') and the 'Descrizione altra sede della lesione' text fields are active and available for input.

Effettuati tutti i dovuti controlli, l'utente può selezionare il pulsante:

- **Cancella** per eliminare le informazioni inserite nei campi digitabili;
- **SALVA BOZZA** che, senza eseguire alcun controllo, salva i dati inseriti, ma non consente il passaggio alla pagina successiva;
- **CONTINUA** per consolidare, al netto dei controlli di obbligatorio, le informazioni inserite consentendo il passaggio alla successiva pagina che viene automaticamente proposta a video.

## 4 ALLEGATI

Completata la compilazione ed il corretto inserimento della pagina [Infortunio](#), viene visualizzata la pagina [Allegati](#) per il caricamento dei documenti da allegare alla comunicazione di infortunio. La compilazione di questa pagina è facoltativa per la gestione per conto dello Conto Stato.

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio N°4621

◀ [ore di lavoro](#) > 4 [Lavoratore](#) > 5 [Infortunio](#) > 6 **Allegati** > 7 [Riepilogo e invio](#) >

CARICAMENTO DEI DOCUMENTI DA ALLEGARE (opzionale)


SCEGLI IL FILE CARICA IL FILE

E' possibile allegare 1 o 2 file PDF da max 1024 KB ciascuno

< INDIETRO CONTINUA >

Fig. 40.

Selezionato dal proprio pc il file PDF da allegare, tramite il pulsante [SCEGLI IL FILE](#), si può procedere al caricamento con il bottone [CARICA IL FILE](#).

Appare quindi l'elenco che riepiloga i dati del file caricato; il file è visualizzabile tramite l'icona  oppure cancellabile selezionando l'icona del cestino. Si può dunque procedere, se necessario, al caricamento di un ulteriore file.

Nuova Comunicazione di infortunio N°4621

◀ [ore di lavoro](#) > 4 [Lavoratore](#) > 5 [Infortunio](#) > 6 **Allegati** > 7 [Riepilogo e invio](#) >



CARICAMENTO DEI DOCUMENTI DA ALLEGARE (opzionale)

SCEGLI IL FILE CARICA IL FILE

E' possibile allegare 1 o 2 file PDF da max 1024 KB ciascuno

✓ Documento caricato e salvato correttamente

DOCUMENTI CARICATI

Nome file ▲	Dimensione ▼	
ALLEGATOCOM.PDF	31 KB	 

< INDIETRO CONTINUA >

Fig. 41.

### **Regole per inserimento 'Allegati'**

**Numero di file** – massimo 2

**Formato dei file** – solo PDF non protetto

**Grandezza massima di ciascun file** – 1024 KB

**Denominazione file** – il nome non può contenere spazi

Nel caso in cui non sia necessario allegare alcun file è possibile proseguire con la compilazione selezionando il pulsante **CONTINUA**.

## 5 RIEPILOGO E INVIO

Completata la compilazione della pagina [Allegati](#), viene visualizzata quella di [Riepilogo e invio](#) nella quale è possibile controllare i dati inseriti, scaricare l'anteprima del modulo di comunicazione compilato e procedere con l'invio della comunicazione di infortunio.

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio N°1459

[◀ Datore di lavoro >](#) [2 Lavoratore >](#) [3 Infortunio >](#) [4 Allegati >](#) **5 Riepilogo e invio >**

DATORE DI LAVORO

LAVORATORE

INFORTUNIO

ALLEGATI

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEL D.P.R. N. 445/2000

Il sottoscritto Datore di lavoro

Codice fiscale

VSPPLA61D22H501W

Cognome e nome

VESPASIANI PAOLO

Comune di nascita

Data di nascita

03/01/0001

Indirizzo

Recapito telefonico

Email

test@inail.it

PEC (opzionale)

DICHIARA sotto la propria responsabilità:

- di rendere la presente Comunicazione di infortunio ai sensi del d.p.r. n. 1124/1965 e del d.lgs. n. 81/2008 e s.m. in qualità di datore di lavoro dell'infortunato o su delega 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.5 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), 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 Comunicazione di infortunio non siano rispondenti a verità; ovvero in qualità di delegato, delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro in caso di mancata corrispondenza tra i dati forniti con la presente Comunicazione di infortunio e quanto dichiarato dal datore di lavoro, il quale resta in ogni caso responsabile della loro veridicità.

Note aggiuntive (opzionale)

300 caratteri disponibili

☐ Confermo quanto sopra indicato

&lt; INDIETRO

[Scarica l'anteprima \(PDF\)](#)

INVIA &gt;

Fig. 42.



Aperto ciascuna delle sezioni in grigio, tramite la freccia verso il basso, è possibile visualizzare i dati inseriti e salvati nell'omonima pagina.

DATORE DI LAVORO	▼
LAVORATORE	▼
INFORTUNIO	▼
ALLEGATI	▼

Nella sezione [Dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. n.445/2000](#) viene visualizzata la tipologia del sottoscritto che autocertifica la dichiarazione, determinata in base alle credenziali utilizzate per l'accesso ai servizi online dell'Inail ([Datore di lavoro](#), [Delegato del datore di lavoro](#)), nonché i relativi dati anagrafici presenti negli archivi dell'Istituto.

Tutti i dati, ad eccezione di [Recapito telefonico](#), [Email](#), [PEC](#) e [Note aggiuntive](#), sono automaticamente acquisiti dall'applicativo, in base alle credenziali dell'utente che si è profilato nel portale Inail, e non sono modificabili.

La selezione di [Scarica l'anteprima \(PDF\)](#) permette di aprire e visualizzare il modulo compilato della comunicazione di infortunio, non ancora inviata, in formato PDF. L'anteprima del modulo mostra i dati inseriti nelle pagine della comunicazione delle quali la prima, relativa all'autocertificazione, è vuota in quanto la comunicazione ancora non è ancora stata inviata.

Per procedere con l'invio della comunicazione è necessario confermare la dichiarazione selezionando il check [Confermo quanto sopra indicato](#) quindi il pulsante [INVIA](#).

Confermata ed inoltrata la comunicazione di infortunio, ne viene mostrata a video la [ricevuta di invio](#), che può essere anche salvata sul proprio pc tramite il link [Scarica la ricevuta di invio \(PDF\)](#). Nella ricevuta a video viene visualizzato il numero identificativo assegnato automaticamente alla comunicazione inviata ([Numero Comunicazione di infortunio](#)) e la sede INAIL competente alla ricezione della comunicazione di infortunio in base al domicilio del lavoratore. Inoltre, effettuato il controllo con il codice fiscale del lavoratore e quanto inserito nei campi identificativo e data di rilascio del certificato nella sezione [Infortunio – Certificato medico](#), viene specificato se la comunicazione risulta o meno associata alla certificazione medica pervenuta all'Istituto.

È possibile scaricare il modulo PDF della comunicazione inviata tramite il link [Scarica la comunicazione inviata \(PDF\)](#).

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio N°1152

✓ Hai inviato correttamente la Comunicazione di infortunio

**Numero Comunicazione di infortunio: 1152**

La Comunicazione di infortunio è disponibile presso la sede Inail competente di PIOMBINO

**Non è stato possibile associare la comunicazione di infortunio alla certificazione medica pervenuta all'istituto**

[📄 Scarica la ricevuta di invio \(PDF\)](#)
[📄 Scarica la comunicazione inviata \(PDF\)](#)

Fig. 43.

## COMPILAZIONE NUOVA COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO ONLINE - GESTIONE NAVIGAZIONE

Scelta la funzione [Nuova comunicazione di infortunio > Online](#), si accede alla prima sezione da compilare, la pagina **PAN**.

### 1 PAN

La sezione mostra i **DATI ANAGRAFICI DITTA** già acquisiti. Si deve quindi selezionare la PAN interessata scegliendola tramite il campo **FILTRA PER** che propone in elenco: **TUTTE LE PAN** oppure le sole **PAN ATTIVE** oppure solo le **PAN CESSATE**. Impostato il criterio di ricerca, scegliere la PAN dall'elenco proposto selezionando il relativo radio button e quindi il pulsante **CONTINUA** per acquisire il dato e passare alla pagina successiva.

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio

◀ **1 PAN >** 2 Periodo > 3 Datore di lavoro > 4 Lavoratore > 5 Infortunio > 6 Allegati > ▶

DATI ANAGRAFICI DITTA

Codice ditta	Codice fiscale	Sede INAIL
5071200	04036020826	PALERMO-DEL FANTE

Cognome e nome o ragione sociale

RIMORCHIATORI SICILIANI SRL

SONO PRESENTI 7 PAN

Filtra per

TUTTE LE PAN ▼

FILTRA

Elementi per pagina 10 ▼

	PAN ↕	Tipo certificato ↕	Nome nave ↕	Data inizio ↕	Data cessazione ↕	Porto di iscrizione ↕
<input checked="" type="radio"/>	092995468	NAVE	NUVOLA ROSSA	02/08/1995		PALERMO
<input type="radio"/>	092995469	RUOLO UNICO		05/03/1998	19/12/2008	PALERMO
<input type="radio"/>	092995470	COMANDATA		03/11/1993		
<input type="radio"/>	092995471	PERSONALE PROVE IN MARE		23/02/1995		
<input type="radio"/>	092995472	TECNICI ED ISPETTORI		11/10/2000		
<input type="radio"/>	092995471	CONCESSIONARI DI BORDO		23/02/1995	11/10/2000	
<input type="radio"/>	092995472	APPALTI E SERVIZI DI OFFICINA		11/10/2000		

[Cancella dati](#)

[SALVA BOZZA](#) [CONTINUA >](#)

Fig. 44.

Le PAN vengono distinte in base alle seguenti tipologie di certificato:

- Nave
- Ruolo unico
- Comandata
- Personale prove in mare
- Tecnici ed Ispettori
- Concessionari di bordo
- Appalti servizi di officina

Effettuati tutti i dovuti controlli, l'utente può selezionare il pulsante:

- **Cancella** per eliminare le informazioni inserite nei campi digitabili;
- **SALVA BOZZA** che, senza eseguire alcun controllo, salva i dati inseriti, ma non consente il passaggio alla pagina successiva;
- **CONTINUA** per consolidare, al netto dei controlli di obbligatorietà, le informazioni inserite consentendo il passaggio alla successiva pagina che viene automaticamente proposta a video.

## 2 Periodo

La pagina presenta i dati dell'azienda e, a seconda del tipo certificato, i dati relativi al **Periodo di armamento**, ai **Periodi Assicurativi** oppure ai **Periodi Classificativi**. All'interno di tali periodi dovrà ricadere la **Data evento** da inserire nella pagina **Infortunio**; un apposito controllo verrà quindi eseguito dopo l'inserimento di tale data e provvederà ad avvisare l'utente in caso di incongruenza con uno dei periodi elencati.

### PERIODO DI ARMAMENTO – Certificato 'Nave'.

Selezionata la PAN con tipo certificato **Nave**, viene mostrata la pagina **Periodo** nella quale è possibile selezionare uno dei periodi in elenco oppure, in alternativa, inserire un diverso periodo selezionando **Altro** e digitando le opportune date **Dal** e **Al**.

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio N°49106

◀ **2 Periodo** > 3 Datore di lavoro > 4 Lavoratore > 5 Infortunio > 6 Allegati > 7 Riepilogo ▶

DATI ANAGRAFICI DITTA		
Codice ditta	Codice fiscale	Sede INAIL
5071200	04036020826	PALERMO-DEL FANTE
Cognome e nome o ragione sociale		
RIMORCHIATORI SICILIANI SRL		
PAN 092995468		
Tipo certificato	Nome nave	Numero certificato
NAVE	NUVOLA ROSSA	65296
Data inizio	Data cessazione	Porto di iscrizione
02/08/1995		
PERIODI DI ARMAMENTO		
Elementi per pagina 10 ▼		
Selezione ▲	Dal ▼	Al ▼
<input type="radio"/>	28/07/2011	01/02/2007
<input type="radio"/>	28/07/2011	
<input type="radio"/> Altro	gg/mm/aaaa	gg/mm/aaaa

< INDIETRO
Cancella dati
SALVA BOZZA
CONTINUA >

Fig. 45.

## PERIODI ASSICURATIVI – Certificato ‘Ruolo unico’

Selezionata la PAN con tipo certificato **Ruolo Unico**, viene mostrata la pagina **Periodo** nella quale è possibile selezionare una delle navi presenti nella flotta.

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio N°1168

◀ **2 Periodo** > 3 Datore di lavoro > 4 Lavoratore > 5 Infortunio > 6 Allegati > 7 Riepilogo e ▶

**DATI ANAGRAFICI DITTA**

Codice ditta

18405410

Codice fiscale

01720590734

Sede INAIL

TARANTO

Cognome e nome o ragione sociale

MARILLIMARE S.R.L.

---

**PAN 092994909**

Tipo certificato

RUOLO UNICO

Numero certificato

70671

Data inizio

01/05/2006

Data cessazione

---

**PERIODI ASSICURATIVI**

Elementi per pagina

10 ▼

Selezione ▲	Nome nave ⇅	Porto di iscrizione ⇅	Data inizio ⇅	Data cessazione ⇅
<input type="radio"/>	GABRIELLA	TARANTO	15/11/1989	
<input type="radio"/>	DELFINO	TARANTO	15/11/1989	
<input type="radio"/>	MAESTRALE	TARANTO	15/11/1989	
<input type="radio"/>	SCIROCCO	TARANTO	23/08/2008	

< INDIETRO

Cancella dati

SALVA BOZZA

CONTINUA >

Fig. 46.

## PERIODI CLASSIFICATIVI – Certificati:

- Comandata
- Personale prove in mare
- Tecnici ed Ispettori
- Concessionari di bordo

- Appalti servizi di officina

Selezionata la PAN con uno dei certificati sopraelencati, viene mostrata la pagina **PERIODI CLASSIFICATIVI** nella quale è possibile selezionare uno dei periodi presenti in elenco oppure, in alternativa, inserire un diverso periodo selezionando **Altro** e digitando le opportune date **Dal** e **Al**.

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio N°1173

◀ **2 Periodo >** 3 Datore di lavoro > 4 Lavoratore > 5 Infortunio > 6 Allegati > 7 Riepilogo e ▶

DATI ANAGRAFICI DITTA		
Codice ditta 40071664	Codice fiscale 00129090817	Sede INAIL TRAPANI
Cognome e nome o ragione sociale CANTIERE NAVALE F.LLI GIACALONE S.P.A.-FALLIMENTO		
PAN 092996953		
Tipo certificato PERSONALE PROVE IN MARE	Nome nave	Numero certificato 70324
Data inizio 20/02/2006	Data cessazione 20/03/2006	Porto di iscrizione
PERIODI CLASSIFICATIVI		
Selezione	Dal	Al
<input type="radio"/> Altro	gg/mm/aaaa	gg/mm/aaaa

< INDIETRO
Cancella dati
SALVA BOZZA
CONTINUA >

Fig. 47.

Effettuati tutti i dovuti controlli, l'utente può selezionare il pulsante:

- **Cancella dati** per eliminare le informazioni inserite nei campi digitabili;
- **SALVA BOZZA** che, senza eseguire alcun controllo, salva i dati inseriti, ma non consente il passaggio alla pagina successiva;
- **CONTINUA** per consolidare, al netto dei controlli di obbligatorietà, le informazioni inserite consentendo il passaggio alla successiva pagina che viene automaticamente proposta a video.

### 3 DATORE DI LAVORO

I dati del datore di lavoro sono suddivisi in **due sezioni**:

- **Anagrafica**: dati anagrafici della ditta/datore di lavoro;
- **Anagrafica Nave/PAN**: dati relativi alla nave.

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio N°1168

◀ **3 Datore di lavoro** > 4 Lavoratore > 5 Infortunio > 6 Allegati > 7 Riepilogo e invio > ▶

ANAGRAFICA			
Codice fiscale		Cognome e nome o ragione sociale	
01720590734		MARILLIMARE S.R.L.	
Codice ditta	PAN	Tipo certificato	Nome nave
18405410	092994909	RUOLO UNICO	GABRIELLA
Indirizzo			ASL
PORTO MERCANTILE, S.N. - 74123 - TARANTO (TA) - ITALIA			ASL TA
Telefono	Email	PEC comunicata al Registro imprese ?	
099373007	CIACCIAFABIO@LIBERO.IT	AUTOTEST5@PECMASSIVA.INAIL.IT	

ANAGRAFICA NAVE/PAN		
PAN	Nome nave	Bandiera
092994909	GABRIELLA	ITALIANA
Tipo certificato	Numero certificato	Porto di iscrizione
NAVE	64230	TARANTO
Tipo registro	Numero di registro	
RR.NN.MM.GG.	4000	
Categoria di naviglio	Servizio a cui è abilitata	
NAVIGLIO AUSILIARIO	SERVIZI PORTUALI	

< INDIETRO
Cancella dati
SALVA BOZZA
CONTINUA >

Fig. 48.

### Datore di lavoro - Anagrafica

I campi con sfondo grigio scuro vengono caricati automaticamente dall'applicativo e comprendono le informazioni legate all'armatore così come presenti negli archivi dell'Istituto.

Di seguito le regole di compilazione e validazione delle ulteriori informazioni presenti nella sezione:

### **Regole di compilazione 'Datore di lavoro – Anagrafica'**

**ASL** – campo elenco riportante le ASL afferenti al Comune della sede legale.

**Telefono** – campo numerico di massimo 24 caratteri; campo da valorizzare con il recapito telefonico della sede legale comprensivo anche, eventualmente, di prefisso internazionale (ad es. +39 per Italia).

**Email** - campo precompilato se presente negli archivi INAIL e modificabile (massimo 70 caratteri); opzionale.

**PEC comunicata al Registro imprese** - campo precompilato se presente negli archivi INAIL e non modificabile; l'icona punto interrogativo, posta accanto al campo, specifica che: *Le società e le imprese individuali attive e non soggette a procedura concorsuale, sono tenute a depositare, presso l'ufficio del Registro delle Imprese della Camera di Commercio competente, il proprio indirizzo di posta elettronica certificata (PEC).*

### **Datore di lavoro – Anagrafica nave/PAN**

I campi con sfondo grigio scuro vengono caricati automaticamente dall'applicativo e comprendono le informazioni legate alla Nave e alla PAN presenti negli archivi dell'Istituto.

### **Regole di compilazione 'Datore di lavoro – Anagrafica nave/PAN'**

**Bandiera** - campo elenco obbligatorio per la selezione della nazionalità della nave; disabilitato per i tipi certificato: [Comandata](#), [Tecnici e ispettori](#), [Personale prove in mare](#), [Concessionari di bordo](#), [Appalti servizi di bordo](#).

Effettuati tutti i dovuti controlli, l'utente può selezionare il pulsante:

- [Cancella](#) per eliminare le informazioni inserite nei campi digitabili;
- [SALVA BOZZA](#) che, senza eseguire alcun controllo, salva i dati inseriti, ma non consente il passaggio alla pagina successiva;
- [CONTINUA](#) per consolidare, al netto dei controlli di obbligatorietà, le informazioni inserite consentendo il passaggio alla successiva pagina che viene automaticamente proposta a video.



## 4 LAVORATORE

Completata la compilazione ed il corretto inserimento della pagina **Datore di lavoro**, viene visualizzata quella relativa ai dati del lavoratore, suddivisa in quattro sezioni:

- **Dati anagrafici:** dati anagrafici del lavoratore;
- **Residenza e domicilio:** dati relativi alla residenza e, se diverso, al domicilio del lavoratore
- **Contatti:** da compilare solo in caso di consenso del lavoratore a comunicare i propri dati personali all'Inail;
- **Rapporto di lavoro:** dati relativi alla situazione lavorativa del lavoratore infortunato.

ore di lavoro > **4 Lavoratore >** 5 Infortunio > 6 Allegati > 7 Riepilogo e invio >

DATI ANAGRAFICI

Codice fiscale

CERCA

Nome

Cognome

Cittadinanza

Data di nascita

Sesso

Stato civile (opzionale)

Stato di nascita

RESIDENZA E DOMICILIO

Indirizzo di residenza

N° civico

Nazione

☐ L'indirizzo di domicilio è diverso dall'indirizzo di residenza

CONTATTI

Da compilare solo in caso di consenso del lavoratore a comunicare i propri dati personali all'INAIL.

Recapito telefonico

Secondo recapito telefonico

☐ Non ho queste informazioni

Email (opzionale)

PEC (opzionale)

RAPPORTO DI LAVORO

Lavoratore marittimo

Matricola

Tipo ufficio

Compartimento

Categoria marittimo

Tipologia di lavoratore

Tipologia di contratto

Data di assunzione (opzionale)

☐ CRL

CCNL - Settore lavorativo CNEL

CCNL - Categoria CNEL

Qualifica assicurativa

Qualifica professionale personale marittimo UNIMARE

CERCA PROFESSIONE

Voce professionale ISTAT

CERCA PROFESSIONE

< INDIETRO

Cancelldati

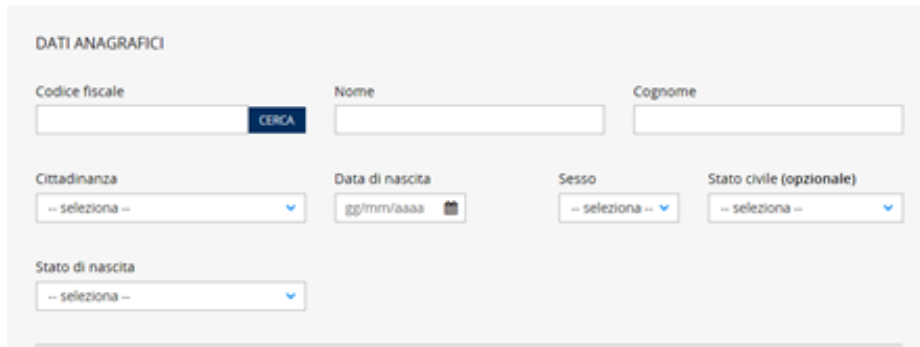
SALVA BOZZA

CONTINUA >

Fig. 49.

## Lavoratore – Dati anagrafici

La sezione interessa tutti i dati anagrafici del lavoratore che ha subito l'infortunio.



DATI ANAGRAFICI

Codice fiscale  **CERCA** Nome  Cognome

Cittadinanza  Data di nascita  Sesso  Stato civile (opzionale)

Stato di nascita

### Regole di compilazione 'Lavoratore – Dati anagrafici'

**Codice fiscale** - campo alfanumerico di 16 caratteri.

**Pulsante CERCA** – consente di effettuare una ricerca, all'interno dell'archivio della comunicazione d'infortunio online, del lavoratore di cui si è digitato il codice fiscale: se trovato, tutti i campi sottostanti vengono precompilati; in caso contrario, apparirà un messaggio indicante l'assenza in archivio del lavoratore ricercato e tutti i dati dovranno essere inseriti.

**Nome** - campo obbligatorio alfanumerico di massimo 30 caratteri.

**Cognome** – campo obbligatorio alfanumerico di massimo 40 caratteri.

**Cittadinanza** - campo obbligatorio contenente l'elenco di tutte le cittadinanze.

**Data di nascita** – campo obbligatorio da inserire nel formato gg/mm/aaaa oppure tramite il calendario.

**Sesso** – campo obbligatorio.

**Stato civile** – campo opzionale.

**Stato di nascita** - se è *ITALIA*, verranno visualizzati i campi **Provincia di nascita** e **Comune di nascita**; se diverso da *ITALIA*, sarà presente solo il campo **Comune**.

**Provincia di nascita** - visibile se lo **Stato di nascita** è *ITALIA* e contenente l'elenco di tutte le Province esistenti alla **Data di nascita** del lavoratore inserita.

**Comune di nascita** – campo elenco contenente i Comuni della **Provincia di nascita** scelta se lo **Stato di nascita** è *ITALIA*; se lo **Stato di nascita** è diverso da *ITALIA*, è liberamente editabile per indicare il **Comune estero**; obbligatorio in entrambi i casi.

## Lavoratore – Residenza e domicilio

RESIDENZA E DOMICILIO

Indirizzo di residenza

VIA

Roma

N° civico

1

Nazione

ITALIA

Provincia

LIVORNO

Comune

PIOMBINO

CAP

57025

ASL

AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST

VERIFICA

☒ L'indirizzo di domicilio è diverso dall'indirizzo di residenza

Indirizzo di domicilio

VIA

Roma

N° civico

101

Nazione

ITALIA

Provincia

LIVORNO

Comune

PIOMBINO

CAP

57025

ASL

AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST

VERIFICA

### Regole di compilazione 'Lavoratore – Residenza e domicilio'

**Indirizzo di residenza** – composto dal campo toponimo e dal successivo campo indirizzo.

**N° civico** – campo obbligatorio.

**Nazione** – se è *ITALIA*, verranno visualizzati i campi *Provincia*, *Comune* e *CAP*; se diversa da *ITALIA*, sarà presente solo il campo *Comune*.

**Provincia** – campo elenco visualizzato solo se la *Nazione* di residenza è valorizzata con *ITALIA* e, in questo caso, obbligatorio; contiene l'elenco delle Province esistenti alla data attuale.

**Comune** – campo elenco contenente la lista dei Comuni appartenenti alla *Provincia* scelta se la *Nazione* di residenza è valorizzata con *ITALIA*; se la *Nazione* di residenza è diversa da *ITALIA*, è liberamente editabile per indicare il *Comune estero*; obbligatorio in entrambi i casi.

**CAP** - campo elenco visualizzato solo se la *Nazione* di residenza è valorizzata con *ITALIA*, caricato in base alla scelta del *Comune* ed obbligatorio.

**ASL** – campo elenco visualizzato solo se la *Nazione* di residenza è valorizzata con *ITALIA*, caricato in base al *Comune* scelto ed obbligatorio.

**Pulsante VERIFICA** – Consente di verificare la validità dell'indirizzo di residenza inserito. Tale verifica è opzionale nel caso in cui siano presenti i dati precompilati provenienti dalla ricerca del lavoratore tramite il suo codice fiscale (senza modificare i dati), è invece obbligatoria ai fini del salvataggio della pagina se, in caso di altro indirizzo da inserire, la *Nazione* scelta è *ITALIA* oppure se vengono modificati i citati dati precompilati. Per attivare la verifica è necessario inserire *Provincia*, *Comune* e *Indirizzo di residenza* e selezionare quindi il pulsante, mentre il *CAP* è opzionale ai fini della validazione dello stesso. Il controllo restituisce, in una nuova pagina, l'indirizzo normalizzato comprensivo di CAP oppure i possibili indirizzi tra i quali scegliere; tuttavia, nel caso in cui si volesse comunque conservare l'indirizzo digitato, è sufficiente selezionare l'opzione *Indirizzo non censito*. Effettuata la scelta e selezionato il pulsante **CONFERMA SELEZIONE**, l'applicativo ritorna automaticamente alla originaria pagina *Lavoratore*, nella quale i campi *CAP* e *Indirizzo di residenza* risultano compilati in base alla scelta effettuata. Qualsiasi successiva modifica all'indirizzo comporta una nuova validazione dei dati.

**L'indirizzo di domicilio è diverso dall'indirizzo di residenza** – se selezionato, vengono mostrati i campi in cui inserire i dati relativi al domicilio:

**Indirizzo di domicilio** – composto dal campo Toponimo e dal successivo campo Indirizzo.

**N° civico** – campo obbligatorio

**Nazione** – se è *ITALIA*, verranno visualizzati i campi **Provincia**, **Comune** e **CAP**; se diversa da *ITALIA*, sarà presente solo il campo **Comune**.

**Provincia** - campo elenco visualizzato solo se la **Nazione** di domicilio è *ITALIA* e contenente l'elenco delle Province esistenti alla data attuale.

**Comune** - campo elenco contenente la lista dei Comuni della **Provincia** scelta se la **Nazione** di domicilio è valorizzata con *ITALIA*; se la **Nazione** di domicilio è diversa da *ITALIA*, è liberamente editabile per indicare il **Comune estero**; obbligatorio in entrambi i casi.

**CAP** - campo elenco visualizzato solo se la **Nazione** di domicilio è valorizzata con *ITALIA*, caricato in base alla scelta del **Comune** ed obbligatorio.

**ASL** – campo elenco visualizzato solo se la **Nazione** di domicilio è valorizzata con *ITALIA*, caricato in base alla scelta del **Comune** ed obbligatorio.

**Pulsante VERIFICA** – Consente di verificare la validità dell'indirizzo di domicilio inserito. Tale verifica è opzionale nel caso in cui siano presenti i dati precompilati provenienti dalla ricerca del lavoratore tramite il suo codice fiscale (senza modificare i dati), è invece obbligatoria ai fini del salvataggio della pagina se, in caso di altro indirizzo da inserire, la **Nazione** scelta è *ITALIA* oppure se vengono modificati i citati dati precompilati. Per attivare la verifica è necessario inserire **Provincia**, **Comune** e **Indirizzo di domicilio** e selezionare quindi il pulsante, mentre il **CAP** è opzionale ai fini della validazione dello stesso. Il controllo restituisce, in una nuova pagina, l'indirizzo normalizzato comprensivo di CAP oppure i possibili indirizzi tra i quali scegliere; tuttavia, nel caso in cui si volesse comunque conservare l'indirizzo digitato, è sufficiente selezionare l'opzione *Indirizzo non censito*. Effettuata la scelta e selezionato il pulsante **CONFERMA SELEZIONE**, l'applicativo ritorna automaticamente alla originaria pagina **Lavoratore**, nella quale i campi **CAP** e **Indirizzo di domicilio** risultano compilati in base alla scelta effettuata. Qualsiasi successiva modifica all'indirizzo comporta una nuova validazione dei dati.

## Lavoratore – Contatti

## Regole di compilazione 'Lavoratore – Contatti'

**Recapito telefonico** – campo numerico di massimo 24 caratteri in cui inserire il recapito telefonico principale (telefono fisso o cellulare), comprensivo, eventualmente, di prefisso internazionale (ad es. +39 per Italia).

**Secondo recapito telefonico** – campo numerico di massimo 24 caratteri in cui inserire un ulteriore recapito telefonico (telefono fisso o cellulare), comprensivo, eventualmente, di prefisso internazionale (ad es. +39 per Italia).

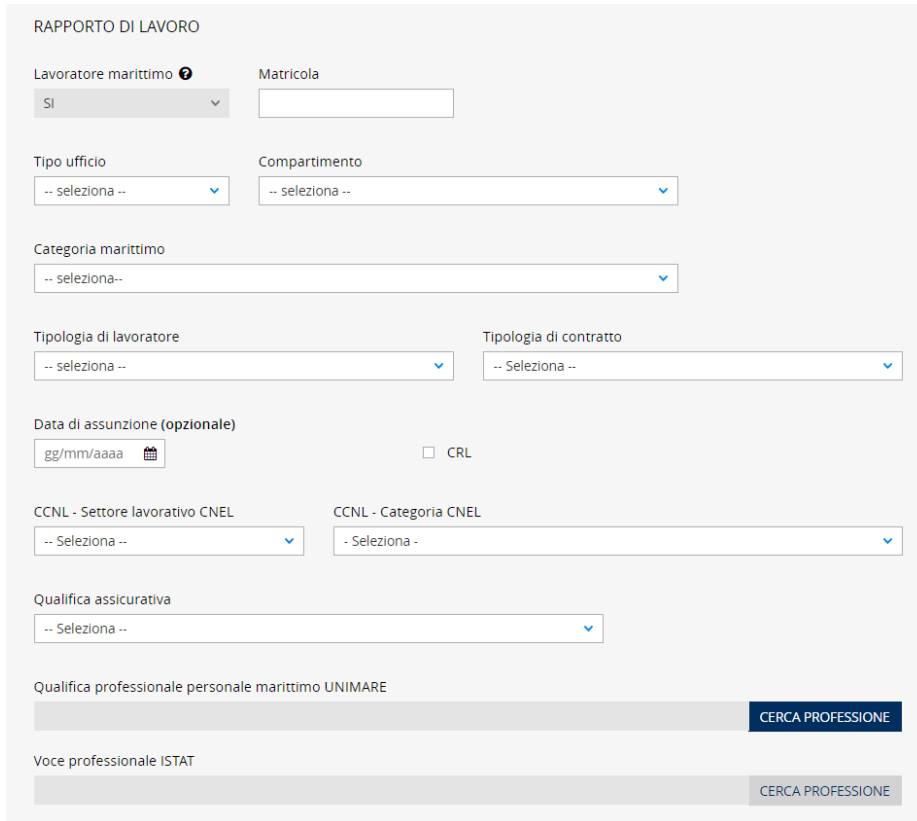
**Non ho queste informazioni** - da selezionare obbligatoriamente se non disponibile nessuno dei due recapiti telefonici.

**Email** – campo opzionale alfanumerico di massimo 70 caratteri.

**PEC** – campo opzionale alfanumerico di massimo 70 caratteri.

## **Lavoratore – Rapporto di lavoro**

La sezione riguarda i dati relativi al rapporto di lavoro dell'infortunato.



Per maggiori informazioni riguardo le previste compatibilità tra le tipologie elencate ed il tipo di certificato e categoria naviglio già selezionati, è possibile consultare nel menu [Utilità](#) la [Guida di compatibilità tipi Certificato-Categoria naviglio-Lavoratore-Qualifica assicurativa](#).

È inoltre disponibile nel medesimo menu la tabella [Qualifica professionale personale marittimo UNIMARE](#) da utilizzare per i lavoratori iscritti alle matricole della gente di mare, nonché la [Classificazione delle professioni ISTAT – CP2011](#), ossia il navigatore dei livelli professionali di cui si compone la classificazione ISTAT nel caso di lavoratori non iscritti alle matricole della gente di mare.

## **Regole di compilazione 'Lavoratore – Rapporto di lavoro'**

**Lavoratore marittimo** - preimpostato obbligatoriamente e non modificabile a *SI* per i certificati: *Nave*, *Ruolo unico*, *Personale prove in mare*. Preimpostato obbligatoriamente e non modificabile a *NO* per il certificato *Tecnici ed ispettori*. Selezionabile *SI/NO* per i certificati: *Comandata*, *Concessionari di bordo*, *Appalti servizi di officina*.

**Matricola** – matricola del lavoratore; disabilitato se **Lavoratore marittimo** = *NO*.

**Tipo ufficio** - il campo riporta la tipologia di ufficio (ad es.: *Direzione marittima*, *Capitaneria di porto*, *Delegazione di spiaggia*, etc.); disabilitato se **Lavoratore marittimo** = *NO*.

**Compartimento** - il campo riporta l'elenco completo degli uffici territoriali afferenti la tipologia selezionata nel campo **Tipo ufficio**; disabilitato se **Lavoratore marittimo** = *NO*.

**Categoria marittimo** - il campo riporta l'elenco completo delle categorie 'gente di mare'; disabilitato se **Lavoratore marittimo** = *NO*.

**Tipologia di lavoratore** - elenco delle tipologie di lavoratore riferite al settore Navigazione.

**Tipologia di contratto** - elenco delle tipologie di contratto afferenti alla **Tipologia di lavoratore** selezionata.

**Data assunzione** – campo obbligatorio se **Tipologia di contratto** è *Determinato*.

**Data di fine rapporto di lavoro** – campo visibile e obbligatorio se **Tipologia di contratto** è *Determinato*.

**CRL** - flag per indicare **Continuità Rapporto di Lavoro**.

**CCNL - Settore lavorativo CNEL** - il campo riporta l'elenco completo dei settori lavorativi CNEL ed è obbligatorio in base alla **Tipologia di lavoratore** selezionata.

**CCNL - Categoria CNEL** elenco delle categorie CNEL afferenti al **Settore lavorativo CNEL** selezionato.

**Qualifica assicurativa** - elenco delle qualifiche assicurative afferenti alla **Tipologia di contratto** selezionato.

**Qualifica professionale personale marittimo UNIMARE** - campo in sola visualizzazione che contiene il risultato della relativa ricerca effettuata tramite il tasto **CERCA PROFESSIONE**, disabilitato se **Lavoratore marittimo** = NO.

**Voce professionale ISTAT** - campo in sola visualizzazione che contiene il risultato della relativa ricerca effettuata tramite il tasto **CERCA PROFESSIONE**, disabilitato se 'Lavoratore marittimo' = SI. La funzionalità di ricerca è descritta nel capitolo [Ricerca professione ISTAT](#).

**Visualizza Nomenclatura e Classificazione** - pulsante che, visibile solo dopo aver ricercato e acquisito la 'Voce professionale', attiva la visualizzazione della struttura classificativa dei cinque livelli dai quali deriva la relativa **Voce Professionale ISTAT** scelta e visualizzata nel campo.

### Ricerca professione UNIMARE

Nel caso in cui **Lavoratore marittimo** è valorizzato con SI, per impostare il campo **Qualifica professionale personale marittimo UNIMARE** è necessario selezionare il pulsante **CERCA PROFESSIONE** posto accanto al campo.

Viene quindi caricata la pagina, mostrata nella sottostante immagine, nella quale è possibile individuare la professione tramite la **Ricerca testuale**.

Fig. 50.

Nell'apposito campo per la ricerca testuale è necessario inserire almeno tre caratteri (ad es. **MAR**), ovvero il numero minimo per impostare la ricerca.

Selezionato il pulsante **CERCA**, viene proposto l'elenco delle **Voci professionali** nella cui descrizione è presente la parola/professione cercata (o porzione di essa). In aggiunta a queste voci, sono sempre disponibili le voci corrispondenti a **Altra qualifica professionale UNIMARE**.

Ricerca qualifica professionale personale marittimo UNIMARE

A partire dal testo immesso (una o più parole, intere o parziali costituite da almeno tre caratteri), la ricerca consente di individuare la qualifica professionale maggiormente corrispondente alla professione svolta dal lavoratore

Ricerca testuale

ope

CERCA

Hai cercato: ope

Qualifica professionale UNIMARE

SECONDO UFFICIALE DI COPERTA

ANNULLA

CONFERMA SELEZIONE

Fig. 51.

Effettuati tutti i dovuti controlli nella pagina, l'utente può selezionare il pulsante:

- **Cancella** per eliminare le informazioni inserite nei campi digitabili;
- **SALVA BOZZA** che, senza eseguire alcun controllo, salva i dati inseriti, ma non consente il passaggio alla pagina successiva;
- **CONTINUA** per consolidare, al netto dei controlli di obbligatorietà, le informazioni inserite consentendo il passaggio alla successiva pagina che viene automaticamente proposta a video.

## 5 INFORTUNIO

Completata la compilazione ed il corretto inserimento della pagina del **Lavoratore**, viene visualizzata quella relativa ai dati **Infortunio**, composta da quattro sezioni:

- **Dove è avvenuto l'infortunio:** dati relativi al luogo in cui si è verificato l'evento che ha causato l'infortunio;
- **Quando è avvenuto l'infortunio:** dati relativi a data, ora, ecc. dell'evento e alla conoscenza dell'accaduto da parte del datore di lavoro;
- **Certificato medico:** dati relativi al certificato medico di infortunio dal quale scaturisce l'obbligo di invio della comunicazione;
- **Cause e circostanze:** dati descrittivi per una maggior comprensione delle dinamiche dell'infortunio.

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio N°1168

◀ **Datore di lavoro** > 4 **Lavoratore** > 5 **Infortunio** > 6 **Allegati** > 7 **Riepilogo e invio** >

DOVE È AVVENUTO L'INFORTUNIO?

Infortunio in itinere  
-- seleziona --

Evento a bordo  
-- seleziona --

Evento in navigazione  
-- seleziona --

Incidente con mezzo di trasporto  
-- seleziona --

Tipo di Incidente  
-- seleziona --

Luogo dell'evento  
Se l'evento avviene in navigazione, indicare in prossimità di quale località geografica è avvenuto, esempio: acque antistanti il porto di ..., a largo delle coste del..., in mare aperto prossimità...

Massimo 130 caratteri

Nazione  
-- seleziona --

Indirizzo del luogo dell'infortunio  
-- seleziona --

---

QUANDO È AVVENUTO L'INFORTUNIO?

Data evento  
gg/mm/aaaa

Ora evento  
HH:MM

Ora di lavoro  
-- seleziona --

Giorno festivo?  
-- seleziona --

Durante il turno di notte?  
-- seleziona --

Condizioni meteo  
-- seleziona --

Data imbarco  
gg/mm/aaaa

Tipo ufficio  
-- seleziona --

Ufficio/porto imbarco  
-- seleziona --

---

CERTIFICATO MEDICO

Dati del certificato medico da cui scaturisce l'obbligo di comunicazione di infortunio ai sensi dell'art. 18 c. 1 lettera r d.lgs. 81/2008.

Identificativo certificato  
Identificativo certificato

Data di rilascio  
gg/mm/aaaa

Data in cui il comandante/datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato medico dal lavoratore  
gg/mm/aaaa

Periodo di prognosi  
Dal gg/mm/aaaa al gg/mm/aaaa

Fig. 52.



### CAUSE E CIRCOSTANZE

In che modo è avvenuto l'infortunio? 400 caratteri disponibili

Inserire descrizione particolareggiata delle cause e circostanze anche con riferimento alle misure di igiene e prevenzione

Dov'era il lavoratore al momento dell'infortunio? 150 caratteri disponibili

Esempio: nel cantiere di nuova costruzione, nel cantiere di ristrutturazione, nel magazzino, in strada, in galleria, in officina, su una barca, nella stalla, nel campo, nel bosco;

Che tipo di lavoro stava svolgendo al momento dell'infortunio? 100 caratteri disponibili

Esempio: manutenzione, costruzione nuovo, ristrutturazione vecchio, pulizia, conduzione mezzo di trasporto, trattamento del terreno, allevamento ittico

Era il suo lavoro consueto?

-- seleziona --

Che cosa stava facendo in particolare al momento dell'infortunio? 150 caratteri disponibili

Esempio: sollevava un carico, saliva le scale, usava il martello, stava guidando il camion, arava il campo; specificare laddove presente l'utensile/attrezzo che si stava utilizzando (es. il carico, le scale, il martello, il camion, il campo)

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? 150 caratteri disponibili

Esempio: si è rotto il cavo, ha perso il controllo del mezzo, è scivolato dalla scala, ha fatto un gesto inopportuno; specificare laddove presente l'oggetto coinvolto nell'evento (es. il cavo, il mezzo, la scala, nessun oggetto)

In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto al lavoratore? 120 caratteri disponibili

Esempio: shock elettrico, schiacciato dal mezzo di trasporto, caduto al suolo, punto da insetto, sforzo fisico; specificare laddove presente l'oggetto che ha provocato la lesione (es. elettricità, il mezzo di trasporto, il suolo, l'insetto, nessun oggetto)

Per infortunio con caduta dall'alto, indicare l'altezza della caduta (opzionale)

metri

Natura della lesione -- seleziona --

Descrizione altra natura della lesione

Sede della lesione -- seleziona --

Descrizione altra sede della lesione

[< INDIETRO](#) [Cancella dati](#) [SALVA BOZZA](#) [CONTINUA >](#)

Fig. 53.

## Infortunio – Dove è avvenuto l'infortunio

DOVE E' AVVENUTO L'INFORTUNIO?

Infortunio in itinere: -- seleziona --  
 Evento a bordo: -- seleziona --  
 Evento in navigazione: -- seleziona --

Incidente con mezzo di trasporto: -- seleziona --  
 Tipo di Incidente: -- seleziona --

Luogo dell'evento  
 Se l'evento avviene in navigazione, indicare in prossimità di quale località geografica è avvenuto, esempio: acque antistanti il porto di ..., a largo delle coste del..., in mare aperto prossimità...  
 Massimo 130 caratteri

Nazione: ITALIA  
 Provincia: AGRIGENTO

Comune: AGRIGENTO  
 CAP: 92100  
 ASL: ASP AGRIGENTO

Indirizzo del luogo dell'infortunio  
 VIA: Roma 1

VERIFICA

## Regole di compilazione 'Infortunio – Dove è avvenuto l'infortunio'

**Infortunio in itinere** – campo elenco SI/NO. Se selezionato a SI, i campi **Evento a bordo** ed **Evento in navigazione** sono disabilitati (non editabili).

**Evento a bordo** – campo elenco SI/NO; disabilitato se il campo **Infortunio in itinere** = SI.

**Evento in navigazione** – campo elenco SI/NO; disabilitato se il campo **Infortunio in itinere** = SI.

**Incidente con mezzo di trasporto** – se valorizzato a NO, il successivo campo relativo al **Tipo di incidente** non è selezionabile.

**Tipo di incidente** – campo elenco obbligatorio se **Incidente con mezzo di trasporto** è valorizzato a SI; se invece = NO, il campo non è editabile.

**Luogo dell'evento** - campo alfanumerico di massimo 130 caratteri; se l'evento avviene in navigazione, indicare in prossimità di quale località geografica è accaduto l'infortunio.

**Nazione** – campo elenco contenente la lista delle nazioni. Se valorizzato con *ITALIA*, verranno visualizzati i campi **Provincia**, **Comune** e **CAP**; se diverso da *ITALIA*, sarà presente solo il campo **Comune**.

**Provincia** - Provincia in cui è avvenuto l'evento; campo elenco visualizzato solo se la **Nazione** è *ITALIA* e contiene l'elenco delle Province esistenti alla data attuale.

**Comune** - Comune in cui è avvenuto l'evento. Contiene la lista dei Comuni relativi alla scelta della **Provincia** se la **Nazione** è valorizzata con *ITALIA*; se la **Nazione** è diversa da *ITALIA*, è liberamente editabile per indicare il **Comune estero**; obbligatorio in entrambi i casi.

**CAP** - CAP del Comune in cui è avvenuto l'evento; visualizzato solo se la **Nazione** è valorizzata con *ITALIA*, caricato in base alla scelta del **Comune** ed obbligatorio.

**ASL** – ASL territoriale del Comune in cui è avvenuto l'evento; visualizzato solo se la **Nazione** è valorizzata con *ITALIA*, caricato in base alla scelta del **Comune** ed obbligatorio.

**Indirizzo del luogo dell'infortunio** - composto da 3 campi separati: toponimo, indirizzo e N° civico; il campo dell'indirizzo è alfanumerico di massimo 50.

**Pulsante VERIFICA** – Consente di verificare la validità dell'indirizzo inserito in merito al luogo presso il quale si è verificato l'infortunio. Tale verifica è obbligatoria ai fini del salvataggio della pagina se la **Nazione** scelta è **ITALIA**. Per attivare la verifica è necessario inserire **Provincia**, **Comune** e **Indirizzo del luogo dell'infortunio** e selezionare quindi il pulsante, mentre il **CAP** è opzionale ai fini della validazione dello stesso. Il controllo restituisce, in una nuova pagina, l'indirizzo normalizzato comprensivo di CAP oppure i possibili indirizzi tra i quali scegliere, tuttavia, nel caso in cui si volesse comunque conservare l'indirizzo digitato, è sufficiente selezionare l'opzione *Indirizzo non censito*. Effettuata la scelta e selezionato il pulsante **CONFERMA SELEZIONE**, l'applicativo ritorna automaticamente alla originaria pagina **Infortunio**, nella quale i campi **CAP** e **Indirizzo del luogo dell'infortunio** risultano compilati in base alla scelta effettuata. Qualsiasi successiva modifica all'indirizzo comporta una nuova validazione dei dati.

## **Infortunio – Quando è avvenuto l'infortunio**

Questa sezione riguarda tutte le informazioni relative al momento dell'evento.

### **Regole di compilazione 'Infortunio – Quando è avvenuto l'infortunio'**

**Data evento** – campo obbligatorio.

**Ora evento** – campo obbligatorio.

**Ora di lavoro** – campo elenco contenente i numeri da 1 a 24; non editabile se 'Infortunio in itinere' è stato valorizzato a 'SI' nella precedente sezione.

**Giorno festivo?** – campo obbligatorio.

**Durante il turno di notte?** – campo obbligatorio.

**Condizioni Meteo** – selezionare una delle quattro opzioni proposte nel campo elenco.

**Data imbarco** – Disabilitato per tipo certificato **Comandata**; opzionale per i certificati: **Tecnici e ispettori**, **Appalti e servizi di officina** se **Lavoratore marittimo** = **NO**; obbligatorio per i certificati: **Nave**, **Ruolo Unico**, **Concessionari di bordo**, **Personale prove in mare**, **Appalti e servizi di officina** se flag **Lavoratore marittimo** = **SI**.

**Tipo ufficio** – Obbligatorio se valorizzato il campo **Data imbarco**.

**Ufficio/porto imbarco** – Obbligatorio se valorizzato il campo **Data imbarco**.

## Infortunio – Certificato medico

**CERTIFICATO MEDICO**  
Dati del certificato medico da cui scaturisce l'obbligo di comunicazione di infortunio ai sensi dell'art. 18 c. 1 lettera r d.lgs. 81/2008.

Identificativo certificato   Data di rilascio  

Data in cui il comandante/datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato medico dal lavoratore  

Periodo di prognosi  
Dal   al  

### Regole di compilazione 'Infortunio – Certificato medico'

**Identificativo certificato** – deve essere valorizzato con il codice identificativo del certificato medico di infortunio assegnato dalla struttura ospedaliera/medico oppure da INAIL nel caso di inoltro telematico del certificato all'Istituto. Tale campo è sempre obbligatorio.

**ATTENZIONE:** il valore del campo **Identificativo certificato** deve essere inserito così come presente sul certificato medico di infortunio. Ad esempio, se il certificato medico riporta il numero identificativo **000000101**, questo valore deve essere inserito nel campo **Identificativo certificato** comprensivo degli zeri iniziali.

**Data di rilascio** – da valorizzare con la data in cui il certificato medico di infortunio è stato rilasciato da medico/struttura ospedaliera; data maggiore/uguale a **Data evento** e minore/uguale a **Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato medico dal lavoratore**. Il campo è sempre obbligatorio.

**Data in cui il comandante/datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato medico dal lavoratore** – campo obbligatorio.

**Periodo di prognosi / Dal** - definisce l'inizio del periodo di prognosi e deve essere maggiore/uguale alla **Data evento**. Campo obbligatorio.

**Periodo di prognosi / Al** – definisce la fine del (primo) periodo di prognosi. Deve essere maggiore/uguale alla **Data inizio del periodo di prognosi**. Campo obbligatorio.

Nel caso in cui il periodo di prognosi inserito fosse superiore ai tre giorni, escluso quello dell'evento, viene mostrato il messaggio: *"ERRORE: Il periodo di prognosi non può essere superiore a 3 giorni, escluso il giorno dell'evento. Per il periodo inserito è obbligatorio procedere all'invio della Denuncia di infortunio tramite l'apposito servizio. Converti in denuncia di infortunio."*

**CERTIFICATO MEDICO**  
Dati del certificato medico da cui scaturisce l'obbligo di comunicazione di infortunio ai sensi dell'art. 18 c. 1 lettera r d.lgs. 81/2008.

Identificativo certificato   Data di rilascio  

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

Periodo di prognosi  
Dal   al  

ERRORE: Il periodo di prognosi non può essere superiore a 3 giorni, escluso il giorno dell'evento. Per il periodo inserito è obbligatorio procedere all'invio della Denuncia di infortunio tramite l'apposito servizio. [Converti in denuncia di infortunio](#).

È quindi possibile modificare il periodo di prognosi oppure selezionare il link [Converti in denuncia di infortunio](#). In quest'ultimo caso un messaggio di colore verde specifica il numero progressivo

assegnato alla Denuncia per il completamento e l'invio della quale è necessario accedere al servizio online "Denuncia/comunicazione di infortunio" e selezionarla tra quelle in lavorazione in modo da inserire gli ulteriori dati necessari al suo inoltro.

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio N°2526

◀ [Store di lavoro](#) > [4 Lavoratore](#) > **[5 Infortunio](#)** > [6 Allegati](#) > [7 Riepilogo e invio](#) >

✓ I dati fin qui inseriti sono stati salvati e riportati nella denuncia/comunicazione n. 8559940 presente tra le denunce in lavorazione. Per procedere nella compilazione della denuncia, accedere al servizio on line Denuncia/Comunicazione di infortunio e selezionare dall'elenco delle denunce in lavorazione la denuncia da completare e inoltrare.

**NOTA:** Si ricorda che l'obbligo di inoltro della comunicazione di infortunio scaturisce se il periodo di prognosi è inferiore a tre giorni, escluso il giorno dell'evento. Si precisa altresì che tale obbligo non sussiste se il periodo di prognosi è di un giorno e coincide con il giorno dell'evento.

## Infortunio - Cause e circostanze

La sezione cause e circostanze riguarda i dati descrittivi per una maggior comprensione dell'evento infortunistico.

CAUSE E CIRCOSTANZE	
In che modo è avvenuto l'infortunio?	400 caratteri disponibili
Inserire descrizione particolareggiata delle cause e circostanze anche con riferimento alle misure di igiene e prevenzione	
Dov'era il lavoratore al momento dell'infortunio?	150 caratteri disponibili
Esempio: nel cantiere di nuova costruzione, nel cantiere di ristrutturazione, nel magazzino, in strada, in galleria, in officina, su una barca, nella stalla, nel campo, nel bosco;	
Che tipo di lavoro stava svolgendo al momento dell'infortunio?	100 caratteri disponibili
Esempio: manutenzione, costruzione nuovo, ristrutturazione vecchio, pulizia, conduzione mezzo di trasporto, trattamento del terreno, allevamento ittico	
Era il suo lavoro consueto?	-- seleziona --
Che cosa stava facendo in particolare al momento dell'infortunio?	150 caratteri disponibili
Esempio: sollevava un carico, saliva le scale, usava il martello, stava guidando il camion, arava il campo; specificare laddove presente l'utensile/attrezzo che si stava utilizzando (es. il carico, le scale, il martello, il camion, il campo)	
Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio?	150 caratteri disponibili
Esempio: si è rotto il cavo, ha perso il controllo del mezzo, è scivolato dalla scala, ha fatto un gesto inopportuno; specificare laddove presente l'oggetto coinvolto nell'evento (es. il cavo, il mezzo, la scala, nessun oggetto)	
In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto al lavoratore?	120 caratteri disponibili
Esempio: shock elettrico, schiacciato dal mezzo di trasporto, caduto al suolo, punto da insetto, sforzo fisico; specificare laddove presente l'oggetto che ha provocato la lesione (es. elettricità, il mezzo di trasporto, il suolo, l'insetto, nessun oggetto)	
Per infortunio con caduta dall'alto, indicare l'altezza della caduta (opzionale)	
<input type="text" value="00"/> metri	
Natura della lesione	Descrizione altra natura della lesione
-- seleziona --	Descrizione altra natura della lesione
Sede della lesione	Descrizione altra sede della lesione
-- seleziona --	Descrizione altra sede della lesione

## **Regole di compilazione 'Infortunio – Cause e circostanze'**

**Tutti i campi (esclusi altezza della caduta, natura e sede della lesione)** sono descrittivi, editabili secondo quanto descritto negli esempi contenuti in ciascun campo e della lunghezza massima indicata.

**Natura della lesione** - contiene l'elenco delle tipologie di nature della lesione previste dall'Istituto. Se selezionato *Altro*, il campo **Descrizione altra natura della lesione** diventa editabile e deve essere obbligatoriamente valorizzato.

**Descrizione altra natura della lesione** – il campo diventa editabile ed obbligatorio se nel campo **Natura della lesione** viene selezionato il valore *Altro* (vedi le due immagini sottostanti).

**Sede della lesione** - contiene l'elenco delle tipologie di sedi della lesione previste dall'Istituto. Se selezionato *Altro*, il campo **Descrizione altra sede della lesione** diventa editabile e deve essere obbligatoriamente valorizzato.

**Descrizione altra sede della lesione** - il campo diventa editabile ed obbligatorio se nel campo **Sede della lesione** viene selezionato il valore *Altro* (vedi le due immagini sottostanti).

The image shows two screenshots of a web form. The top screenshot shows the 'Natura della lesione' dropdown set to 'ALTRO...' and the 'Descrizione altra natura della lesione' text field containing the word 'SHOCK'. The 'Sede della lesione' dropdown is set to '-- seleziona --' and the 'Descrizione altra sede della lesione' field is disabled (greyed out). The bottom screenshot shows the 'Natura della lesione' dropdown still set to 'ALTRO...' and the 'Descrizione altra natura della lesione' field still containing 'SHOCK'. However, the 'Sede della lesione' dropdown is now set to 'ALTRO...' and the 'Descrizione altra sede della lesione' field is now active and empty.

Effettuati tutti i dovuti controlli, l'utente può selezionare il pulsante:

- **Cancella** per eliminare le informazioni inserite nei campi digitabili;
- **SALVA BOZZA** che, senza eseguire alcun controllo, salva i dati inseriti, ma non consente il passaggio alla pagina successiva;
- **CONTINUA** per consolidare, al netto dei controlli di obbligatorio, le informazioni inserite consentendo il passaggio alla successiva pagina che viene automaticamente proposta a video.

## 6 ALLEGATI

Completata la compilazione ed il corretto inserimento della pagina [Infortunio](#), viene visualizzata la successiva [Allegati](#) per il caricamento dei documenti da allegare alla comunicazione di infortunio. La compilazione di questa pagina è facoltativa per la gestione Navigazione.

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio N°4621

◀ [Core di lavoro](#) > 4 [Lavoratore](#) > 5 [Infortunio](#) > **6 Allegati** > 7 [Riepilogo e invio](#) >

CARICAMENTO DEI DOCUMENTI DA ALLEGARE (opzionale)


[SCEGLI IL FILE](#) [CARICA IL FILE](#)

E' possibile allegare 1 o 2 file PDF da max 1024 KB ciascuno

[◀ INDIETRO](#) [CONTINUA >](#)

Fig. 54.

Selezionato dal proprio pc il file PDF da allegare, tramite il pulsante [SCEGLI IL FILE](#), si può procedere al caricamento con il bottone [CARICA IL FILE](#).

Appare quindi l'elenco che riepiloga i dati del file caricato; il file è visualizzabile tramite l'icona  oppure cancellabile selezionando l'icona del [cestino](#). Si può dunque procedere, se necessario, al caricamento di un ulteriore file.

Nuova Comunicazione di infortunio N°4621

◀ [Core di lavoro](#) > 4 [Lavoratore](#) > 5 [Infortunio](#) > **6 Allegati** > 7 [Riepilogo e invio](#) >


CARICAMENTO DEI DOCUMENTI DA ALLEGARE (opzionale)

[SCEGLI IL FILE](#) [CARICA IL FILE](#)

E' possibile allegare 1 o 2 file PDF da max 1024 KB ciascuno

✓ Documento caricato e salvato correttamente

DOCUMENTI CARICATI

Nome file ▲	Dimensione ▼	
ALLEGATOCOM.PDF	31 KB	 

[◀ INDIETRO](#) [CONTINUA >](#)

Fig. 55.

### **Regole per inserimento 'Allegati'**

**Numero di file** – massimo 2

**Formato dei file** – solo PDF non protetto

**Grandezza massima di ciascun file** – 1024 KB

**Denominazione file** – il nome non può contenere spazi

Nel caso in cui non sia necessario allegare alcun file è possibile proseguire con la compilazione selezionando il pulsante **CONTINUA**.



## 7 RIEPILOGO E INVIO

Completata la compilazione della pagina [Allegati](#), viene visualizzata quella di [Riepilogo e invio](#) nella quale è possibile controllare i dati inseriti, scaricare l'anteprima del modulo di comunicazione compilato e procedere con l'invio della comunicazione di infortunio.

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio N°1168

[Store di lavoro >](#)
[4 Lavoratore >](#)
[5 Infortunio >](#)
[6 Allegati >](#)
**[7 Riepilogo e invio >](#)**

PAN	▼
PERIODO	▼
DATORE DI LAVORO	▼
LAVORATORE	▼
INFORTUNIO	▼
ALLEGATI	▼

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEL D.P.R. N. 445/2000

Il sottoscritto Comandante

Codice fiscale

VRDLRA80B43M082F

Cognome e nome

Verdi Laura

Comune di nascita

Viterbo

Data di nascita

03/02/1980

Indirizzo

via del campo

Recapito telefonico

348787878

Email

test@test.it

PEC (opzionale)

DICHIARA sotto la propria responsabilità:

- di rendere la presente Comunicazione di infortunio ai sensi del d.p.r. n. 1124/1965 e del d.lgs. n. 81/2008 e s.m. in qualità di comandante/datore di lavoro dell'infortunato o su delega 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. 4 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), 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 comandante/datore di lavoro, delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro nel caso in cui i dati forniti con la presente Comunicazione di infortunio non siano rispondenti a verità; ovvero in qualità di delegato 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 Comunicazione di infortunio e quanto dichiarato dal datore di lavoro, il quale resta in ogni caso responsabile della loro veridicità.

Note aggiuntive (opzionale)

300 caratteri disponibili

☐ Confermo quanto sopra indicato

[< INDIETRO](#)
[Scarica l'anteprima \(PDF\)](#)
[INVIA >](#)

Fig. 56.

Aperto ciascuna delle sezioni in grigio, tramite la freccia verso il basso, è possibile visualizzare i dati inseriti e salvati nell'omonima pagina.

PAN	▼
PERIODO	▼
DATORE DI LAVORO	▼
LAVORATORE	▼
INFORTUNIO	▼
ALLEGATI	▼

Nella sezione [Dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. n.445/2000](#) viene visualizzata la tipologia del sottoscritto che autocertifica la dichiarazione, determinata in base alle credenziali utilizzate per l'accesso ai servizi online dell'Inail ([Comandante](#), [Datore di lavoro](#), [Delegato del datore di lavoro](#), [Mandatario del datore di lavoro](#), [Delegato del mandatario](#)), nonché i relativi dati anagrafici presenti negli archivi dell'Inail.

Tutti i dati, ad eccezione di [Recapito telefonico](#), [Email](#), [PEC](#) e [Note aggiuntive](#), sono automaticamente acquisiti dall'applicativo, in base alle credenziali dell'utente che si è profilato nel portale Inail, e non sono modificabili.

La selezione di [Scarica l'anteprima \(PDF\)](#) permette di aprire e visualizzare il modulo compilato della comunicazione di infortunio, non ancora inviata, in formato PDF. L'anteprima del modulo mostra i dati inseriti nelle pagine della comunicazione delle quali la prima, relativa all'autocertificazione, è vuota in quanto la comunicazione ancora non è ancora stata inviata.

Per procedere con l'invio della comunicazione è necessario confermare la dichiarazione selezionando il check [Confermo quanto sopra indicato](#) quindi il pulsante [INVIA](#).

Confermata ed inoltrata la comunicazione di infortunio, ne viene mostrata a video la [ricevuta di invio](#), che può essere anche salvata sul proprio pc tramite il link [Scarica la ricevuta di invio \(PDF\)](#). Nella ricevuta a video viene visualizzato il numero identificativo assegnato automaticamente alla comunicazione inviata ([Numero Comunicazione di infortunio](#)) e la sede INAIL competente alla ricezione della comunicazione di infortunio in base al domicilio del lavoratore. Inoltre, effettuato il controllo con il codice fiscale del lavoratore e quanto inserito nei campi identificativo e data di rilascio del certificato nella sezione [Infortunio – Certificato medico](#), viene specificato se la comunicazione risulta o meno associata alla certificazione medica pervenuta all'Istituto.

È possibile scaricare il modulo PDF della comunicazione inviata tramite il link [Scarica la comunicazione inviata \(PDF\)](#).

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

**Nuova Comunicazione di infortunio** N°1152

✓ Hai inviato correttamente la Comunicazione di infortunio

**Numero Comunicazione di infortunio: 1152**

La Comunicazione di infortunio è disponibile presso la sede Inail competente di PIOMBINO

**Non è stato possibile associare la comunicazione di infortunio alla certificazione medica pervenuta all'istituto**

[Scarica la ricevuta di invio \(PDF\)](#)
[Scarica la comunicazione inviata \(PDF\)](#)

Fig. 57.

## COMPILAZIONE NUOVA COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO ONLINE – GESTIONE AGRICOLTURA

Scelta la funzione [Nuova comunicazione di infortunio > Online](#), si accede alla prima sezione da compilare, la pagina [Datore di lavoro](#).

### 1 DATORE DI LAVORO

I dati del datore di lavoro sono suddivisi in **due sezioni**:

- **Anagrafica:** dati anagrafici della ditta/datore di lavoro;
- **Unità Produttiva:** contenente i dati relativi all'unità produttiva.

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio

◀ 1 **Datore di lavoro** > 2 Lavoratore > 3 Infortunio > 4 Allegati > 5 Riepilogo e invio > ▶

---

**ANAGRAFICA**

Provenienza DATORE DI LAVORO	Sede INPS	Ultimo aggiornamento 02/08/2017
Tipologia datore di lavoro AZIENDA AGRICOLA		CIDA 49065
Codice fiscale BBBDNC70A50C352R	Matricola INPS	Chiave azienda
Cognome e nome o ragione sociale RAGIONE SOCIALE DOMENICA BUBBA		
Tipo ditta DMAG AZIENDA - COOPERATIVE O CONSORZI ESCLUSI I CONSORZI DI BONIFICA		
ATECO	Inizio attività 02/08/2010	Fine attività 02/08/2017
Attività agricola -- seleziona --		
Lavorazione svolta dall'azienda -- seleziona --		
Indirizzo VIA DELLE FRESIE, 56 - 28064 - CARPIGNANO SESIA (NO) - ITALIA		ASL NO
Telefono 06 0606	Email	PEC MIAPEC@PEC.IT

---

**UNITÀ PRODUTTIVA**

Unità produttiva in cui opera abitualmente il lavoratore  
-- seleziona --

Indirizzo	ASL
Telefono	Email
	PEC

Cancella dati

SALVA BOZZA CONTINUA >

Fig. 58.

## **Datore di lavoro – Anagrafica**

I campi con sfondo grigio vengono caricati automaticamente dall'applicativo con le informazioni presenti negli archivi dell'Istituto ed attinenti l'azienda agricola.

### **Regole di compilazione 'Datore di lavoro – Anagrafica'**

**Attività agricola** – campo obbligatorio contenente l'elenco delle attività agricole.

**Lavorazione svolta dall'azienda** – campo obbligatorio contenente l'elenco delle lavorazioni svolte dall'azienda.

**Telefono** – campo numerico di massimo 24 caratteri. Nel campo va inserito il recapito telefonico della sede legale comprensivo di prefisso internazionale (ad es. +39 per Italia).

**Email** - campo precompilato se presente negli archivi INAIL e modificabile (massimo 70 caratteri); opzionale.

**PEC** - campo precompilato se presente negli archivi INAIL e modificabile (massimo 70 caratteri); opzionale.

## **Datore di lavoro – Unità produttiva**

La lista delle unità produttive dell'utente viene solitamente caricata automaticamente nel campo elenco **Unità produttiva in cui opera abitualmente il lavoratore**, ma non essendo ancora presenti negli archivi dell'Istituto, è necessario selezionare dall'elenco **UNITÀ PRODUTTIVA NON DICHIARATA** e successivamente il pulsante:

- **Cancella** per eliminare le informazioni inserite nei campi digitabili;
- **SALVA BOZZA** che, senza eseguire alcun controllo, salva i dati inseriti, ma non consente il passaggio alla pagina successiva;
- **CONTINUA** per consolidare, al netto dei controlli di obbligatorietà, le informazioni inserite consentendo il passaggio alla successiva pagina che viene automaticamente proposta a video.

## 2 LAVORATORE

Completata la compilazione ed il corretto inserimento della pagina del **Datore di lavoro**, viene visualizzata quella relativa ai dati del lavoratore, suddivisa in quattro sezioni:

- **Dati anagrafici**: dati anagrafici del lavoratore;
- **Residenza e domicilio**: dati relativi alla residenza e, se diverso, al domicilio del lavoratore
- **Contatti**: da compilare solo in caso di consenso del lavoratore a comunicare i propri dati personali all'INAIL;
- **Rapporto di lavoro**: dati relativi alla situazione lavorativa del lavoratore infortunato.

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio N°4621

3 ore di lavoro > **4 Lavoratore >** 5 Infortunio > 6 Allegati > 7 Riepilogo e invio >

DATI ANAGRAFICI

Codice fiscale

CERCA

Nome

Cognome

Cittadinanza

Data di nascita

Sesso

Stato civile (opzionale)

Stato di nascita

RESIDENZA E DOMICILIO

Indirizzo di residenza

N° civico

Nazione

☐ L'indirizzo di domicilio è diverso dall'indirizzo di residenza

CONTATTI

Da compilare solo in caso di consenso del lavoratore a comunicare i propri dati personali all'INAIL.

Recapito telefonico

Secondo recapito telefonico

☐ Non ho queste informazioni

Email (opzionale)

PEC (opzionale)

RAPPORTO DI LAVORO

Studente

☒ No
 ☐ Sì

Tipologia di lavoratore

Tipologia di contratto

Data di assunzione (opzionale)

CCNL - Settore lavorativo CNEL

CCNL - Categoria CNEL

Qualifica assicurativa

Voce professionale ISTAT

CERCA PROFESSIONE

INDIETRO

Cancella dati

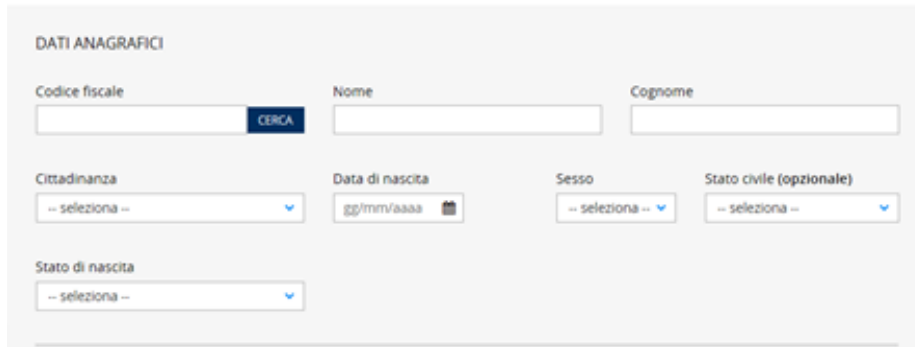
SALVA BOZZA

CONTINUA >

Fig. 59.

## **Lavoratore – Dati anagrafici**

La sezione interessa tutti i dati anagrafici del lavoratore che ha subito l'infortunio.



**DATI ANAGRAFICI**

Codice fiscale  **CERCA** Nome  Cognome

Cittadinanza  Data di nascita  Sesso  Stato civile (opzionale)

Stato di nascita

### **Regole di compilazione 'Lavoratore – Dati anagrafici'**

**Codice fiscale** - campo alfanumerico di 16 caratteri.

**Pulsante CERCA** – consente di effettuare una ricerca, all'interno dell'archivio della comunicazione d'infortunio online, del lavoratore di cui si è digitato il codice fiscale: se trovato, tutti i campi sottostanti vengono precompilati; in caso contrario, apparirà un messaggio indicante l'assenza in archivio del lavoratore ricercato e tutti i dati dovranno essere inseriti.

**Nome** - campo obbligatorio alfanumerico di massimo 30 caratteri.

**Cognome** – campo obbligatorio alfanumerico di massimo 40 caratteri.

**Cittadinanza** - campo obbligatorio contenente l'elenco di tutte le cittadinanze.

**Data di nascita** – campo obbligatorio da inserire nel formato gg/mm/aaaa oppure tramite il calendario.

**Sesso** – campo obbligatorio.

**Stato civile** – campo opzionale.

**Stato di nascita** - se è *ITALIA*, verranno visualizzati i campi **Provincia di nascita** e **Comune di nascita**; se diverso da *ITALIA*, sarà presente solo il campo **Comune**.

**Provincia di nascita** - visibile se lo **Stato di nascita** è *ITALIA* e contenente l'elenco di tutte le Province esistenti alla **Data di nascita** del lavoratore inserita.

**Comune di nascita** – campo elenco contenente i Comuni della **Provincia di nascita** scelta se lo **Stato di nascita** è *ITALIA*; se lo **Stato di nascita** è diverso da *ITALIA*, è liberamente editabile per indicare il **Comune estero**; obbligatorio in entrambi i casi.

## Lavoratore – Residenza e domicilio

RESIDENZA E DOMICILIO

Indirizzo di residenza

VIA

Roma

N° civico

1

Nazione

ITALIA

Provincia

LIVORNO

Comune

PIOMBINO

CAP

57025

ASL

AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST

VERIFICA

☒ L'indirizzo di domicilio è diverso dall'indirizzo di residenza

Indirizzo di domicilio

VIA

Roma

N° civico

101

Nazione

ITALIA

Provincia

LIVORNO

Comune

PIOMBINO

CAP

57025

ASL

AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST

VERIFICA

### Regole di compilazione 'Lavoratore – Residenza e domicilio'

**Indirizzo di residenza** – composto dal campo Toponimo e dal successivo campo Indirizzo.

**N° civico** – campo obbligatorio

**Nazione** – se è *ITALIA*, verranno visualizzati i campi *Provincia*, *Comune* e *CAP*; se diversa da *ITALIA*, sarà presente solo il campo *Comune*.

**Provincia** – campo elenco visualizzato solo se la *Nazione* di residenza è valorizzata con *ITALIA* e, in questo caso, obbligatorio; contiene l'elenco delle Province esistenti alla data attuale.

**Comune** – campo elenco contenente la lista dei Comuni appartenenti alla *Provincia* scelta se la *Nazione* di residenza è valorizzata con *ITALIA*; se la *Nazione* di residenza è diversa da *ITALIA*, è liberamente editabile per indicare il *Comune estero*; obbligatorio in entrambi i casi.

**CAP** - campo elenco visualizzato solo se la *Nazione* di residenza è valorizzata con *ITALIA*, caricato in base alla scelta del *Comune* ed obbligatorio.

**ASL** – campo elenco visualizzato solo se la *Nazione* di residenza è valorizzata con *ITALIA*, caricato in base al *Comune* scelto ed obbligatorio.

**Pulsante VERIFICA** – Consente di verificare la validità dell'indirizzo di residenza inserito. Tale verifica è opzionale nel caso in cui siano presenti i dati precompilati provenienti dalla ricerca del lavoratore tramite il suo codice fiscale (senza modificare i dati), è invece obbligatoria ai fini del salvataggio della pagina se, in caso di altro indirizzo da inserire, la *Nazione* scelta è *ITALIA* oppure se vengono modificati i citati dati precompilati. Per attivare la verifica è necessario inserire *Provincia*, *Comune* e *Indirizzo di residenza* e selezionare quindi il pulsante, mentre il *CAP* è opzionale ai fini della validazione dello stesso. Il controllo restituisce, in una nuova pagina, l'indirizzo normalizzato comprensivo di CAP oppure i possibili indirizzi tra i quali scegliere; tuttavia, nel caso in cui si volesse comunque conservare l'indirizzo digitato, è sufficiente selezionare l'opzione *Indirizzo non censito*. Effettuata la scelta e selezionato il pulsante **CONFERMA SELEZIONE**, l'applicativo ritorna automaticamente alla originaria pagina *Lavoratore*, nella quale i campi *CAP* e *Indirizzo di residenza* risultano compilati in base alla scelta effettuata. Qualsiasi successiva modifica all'indirizzo comporta una nuova validazione dei dati.

**L'indirizzo di domicilio è diverso dall'indirizzo di residenza** – se selezionato, vengono mostrati i campi in cui inserire i dati relativi al domicilio:

**Indirizzo di domicilio** – composto dal campo Toponimo e dal successivo campo Indirizzo.

**N° civico** – campo obbligatorio

**Nazione** – se è *ITALIA*, verranno visualizzati i campi **Provincia**, **Comune** e **CAP**; se diversa da *ITALIA*, sarà presente solo il campo **Comune**.

**Provincia** - campo elenco visualizzato solo se la **Nazione** di domicilio è *ITALIA* e contenente l'elenco delle Province esistenti alla data attuale.

**Comune** - campo elenco contenente la lista dei Comuni della **Provincia** scelta se la **Nazione** di domicilio è valorizzata con *ITALIA*; se la **Nazione** di domicilio è diversa da *ITALIA*, è liberamente editabile per indicare il **Comune estero**; obbligatorio in entrambi i casi.

**CAP** - campo elenco visualizzato solo se la **Nazione** di domicilio è valorizzata con *ITALIA*, caricato in base alla scelta del **Comune** ed obbligatorio.

**ASL** – campo elenco visualizzato solo se la **Nazione** di domicilio è valorizzata con *ITALIA*, caricato in base alla scelta del **Comune** ed obbligatorio.

**Pulsante VERIFICA** – Consente di verificare la validità dell'indirizzo di domicilio inserito. Tale verifica è opzionale nel caso in cui siano presenti i dati precompilati provenienti dalla ricerca del lavoratore tramite il suo codice fiscale (senza modificare i dati), è invece obbligatoria ai fini del salvataggio della pagina se, in caso di altro indirizzo da inserire, la **Nazione** scelta è *ITALIA* oppure se vengono modificati i citati dati precompilati. Per attivare la verifica è necessario inserire **Provincia**, **Comune** e **Indirizzo di domicilio** e selezionare quindi il pulsante, mentre il **CAP** è opzionale ai fini della validazione dello stesso. Il controllo restituisce, in una nuova pagina, l'indirizzo normalizzato comprensivo di CAP oppure i possibili indirizzi tra i quali scegliere; tuttavia, nel caso in cui si volesse comunque conservare l'indirizzo digitato, è sufficiente selezionare l'opzione *Indirizzo non censito*. Effettuata la scelta e selezionato il pulsante **CONFERMA SELEZIONE**, l'applicativo ritorna automaticamente alla originaria pagina **Lavoratore**, nella quale i campi **CAP** e **Indirizzo di domicilio** risultano compilati in base alla scelta effettuata. Qualsiasi successiva modifica all'indirizzo comporta una nuova validazione dei dati.

## Lavoratore – Contatti

## Regole di compilazione 'Lavoratore – Contatti'

**Recapito telefonico** – campo numerico di massimo 24 caratteri in cui inserire il recapito telefonico principale (telefono fisso o cellulare), comprensivo, eventualmente, di prefisso internazionale (ad es. +39 per Italia).

**Secondo recapito telefonico** – campo numerico di massimo 24 caratteri in cui inserire un ulteriore recapito telefonico (telefono fisso o cellulare), comprensivo, eventualmente, di prefisso internazionale (ad es. +39 per Italia).

**Non ho queste informazioni** - da selezionare obbligatoriamente se non disponibile nessuno dei due recapiti telefonici.

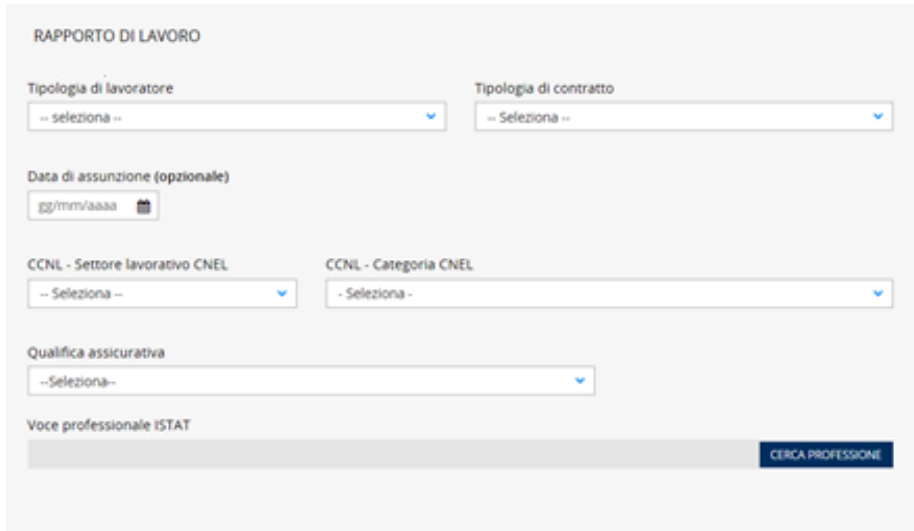


**Email** – campo opzionale alfanumerico di massimo 70 caratteri.

**PEC** – campo opzionale alfanumerico di massimo 70 caratteri.

## **Lavoratore – Rapporto di lavoro**

La sezione riguarda i dati relativi al rapporto di lavoro dell'infortunato.



Per maggiori informazioni riguardo le previste compatibilità tra le tipologie elencate ed il tipo polizza già selezionato, è possibile consultare nel menu [Utilità](#) la [Guida di compatibilità tipi Polizza-Lavoratore-Qualifica Assicurativa](#).

È inoltre disponibile nel medesimo menu la [Classificazione delle professioni – CP2011](#), ossia il navigatore dei livelli professionali di cui si compone la classificazione ISTAT.

## **Regole di compilazione 'Lavoratore – Rapporto di lavoro'**

**Tipologia di lavoratore** - elenco delle tipologie di lavoratore riferite alla tipologia di datore di lavoro del settore agricoltura.

**Tipologia di contratto** - elenco delle tipologie di contratto afferenti alla [Tipologia di lavoratore](#) selezionato.

**Data assunzione** – campo obbligatorio se [Tipologia di contratto](#) è *Determinato a tempo pieno*, *Determinato a tempo parziale* o *Determinato*.

**Data di fine rapporto di lavoro** – campo visibile e obbligatorio se [Tipologia di contratto](#) è *Determinato a tempo pieno*, *Determinato a tempo parziale* o *Determinato*.

**CCNL - Settore lavorativo CNEL** - il campo riporta l'elenco completo dei settori lavorativi CNEL ed è obbligatorio in base alla [Tipologia di lavoratore](#) selezionato.

**CCNL - Categoria CNEL** - elenco delle categorie CNEL afferenti al [Settore lavorativo CNEL](#) selezionato.

**Qualifica assicurativa** - elenco delle qualifiche assicurative afferenti alla [Tipologia di contratto](#) selezionato.

**Voce professionale ISTAT** - campo in sola visualizzazione che contiene il risultato della relativa ricerca effettuata tramite il tasto [CERCA PROFESSIONE](#).

**CERCA PROFESSIONE** - pulsante che attiva la ricerca della [Voce Professionale ISTAT](#) (ex mansione/professione); la funzionalità è descritta [nel capitolo 'Ricerca professione ISTAT'](#); disabilitato se [Studiante](#) = SI oppure se [Tipologia di lavoratore](#) è *Allievo/istruttore corsi qualificazione prof.le*.

**Visualizza Nomenclatura e Classificazione** - pulsante che, visibile solo dopo aver ricercato e acquisito la 'Voce professionale', attiva la visualizzazione della struttura classificativa dei cinque livelli dai quali deriva la relativa **Voce Professionale ISTAT** scelta e visualizzata nel campo; disabilitato se **Studente** = **SI**.

Effettuati tutti i dovuti controlli nella pagina, l'utente può selezionare il pulsante:

- **Cancella** per eliminare le informazioni inserite nei campi digitabili;
- **SALVA BOZZA** che, senza eseguire alcun controllo, salva i dati inseriti, ma non consente il passaggio alla pagina successiva;
- **CONTINUA** per consolidare, al netto dei controlli di obbligatorietà, le informazioni inserite consentendo il passaggio alla successiva pagina che viene automaticamente proposta a video.

### 3 INFORTUNIO

Completata la compilazione ed il corretto inserimento della pagina del **Lavoratore**, viene visualizzata quella relativa ai dati di **Infortunio**, composta da quattro sezioni:

- **Dove è avvenuto l'infortunio:** dati relativi al luogo in cui si è verificato l'evento che ha causato l'infortunio;
- **Quando è avvenuto l'infortunio:** dati relativi a data, ora, ecc. dell'evento e alla conoscenza dell'accaduto da parte del datore di lavoro;
- **Certificato Medico:** dati relativi al certificato medico di infortunio dal quale scaturisce l'obbligo di invio della comunicazione;
- **Cause e circostanze:** dati descrittivi per una maggior comprensione delle dinamiche dell'infortunio.

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio N°4621

◀ **Datore di lavoro** > 4 **Lavoratore** > 5 **Infortunio** > 6 **Allegati** > 7 **Riepilogo e invio** >

**DOVE È AVVENUTO L'INFORTUNIO?**

Luogo dell'evento/Località dei lavori/Unità produttiva  
(modificare se diversa da quella già inserita nella sezione DATORE DI LAVORO)

Luogo dell'evento/Località dei lavori/Unità produttiva

Massimo 130 caratteri

Nazione  
-- seleziona --

Indirizzo del luogo dell'infortunio  
-- seleziona --    Indirizzo    N° civico

Infortunio in itinere? -- seleziona --    Incidente con mezzo di trasporto -- seleziona --    Tipo di Incidente -- seleziona --

Presso altra azienda -- seleziona --    Codice fiscale altra azienda    Denominazione/ragione sociale altra azienda

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

---

**QUANDO È AVVENUTO L'INFORTUNIO?**

Data evento gg/mm/aaaa    Ora evento HH:MM    Ora di lavoro -- seleziona --

Giorno festivo? -- seleziona --    Durante il turno di notte? -- seleziona --

---

**CERTIFICATO MEDICO**

Dati del certificato medico da cui scaturisce l'obbligo di comunicazione di infortunio ai sensi dell'art. 18 c. 1 lettera r d.lgs. 81/2008.

Identificativo certificato?    Data di rilascio gg/mm/aaaa    Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato medico dal lavoratore gg/mm/aaaa

Periodo di prognosi  
Dal gg/mm/aaaa    al gg/mm/aaaa

Fig. 60.

CAUSE E CIRCOSTANZE

In che modo è avvenuto l'infortunio? 400 caratteri disponibili

Inserire descrizione particolareggiata delle cause e circostanze anche con riferimento alle misure di igiene e prevenzione

Dov'era il lavoratore al momento dell'infortunio? 150 caratteri disponibili

Esempio: nel cantiere di nuova costruzione, nel cantiere di ristrutturazione, nel magazzino, in strada, in galleria, in officina, su una barca, nella stalla, nel campo, nel bosco;

Che tipo di lavoro stava svolgendo al momento dell'infortunio? 100 caratteri disponibili

Esempio: manutenzione, costruzione nuovo, ristrutturazione vecchio, pulizia, conduzione mezzo di trasporto, trattamento del terreno, allevamento ittico

Era il suo lavoro consueto?

-- seleziona --

Che cosa stava facendo in particolare al momento dell'infortunio? 150 caratteri disponibili

Esempio: sollevava un carico, saliva le scale, usava il martello, stava guidando il camion, arava il campo; specificare laddove presente l'utensile/attrezzo che si stava utilizzando (es. il carico, le scale, il martello, il camion, il campo)

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? 150 caratteri disponibili

Esempio: si è rotto il cavo, ha perso il controllo del mezzo, è scivolato dalla scala, ha fatto un gesto inopportuno; specificare laddove presente l'oggetto coinvolto nell'evento (es. il cavo, il mezzo, la scala, nessun oggetto)

In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto al lavoratore? 120 caratteri disponibili

Esempio: shock elettrico, schiacciato dal mezzo di trasporto, caduto al suolo, punto da insetto, sforzo fisico; specificare laddove presente l'oggetto che ha provocato la lesione (es. elettricità, il mezzo di trasporto, il suolo, l'insetto, nessun oggetto)

Per infortunio con caduta dall'alto, indicare l'altezza della caduta (opzionale)

00 metri

Natura della lesione

-- seleziona --

Descrizione altra natura della lesione

Descrizione altra natura della lesione

Sede della lesione

-- seleziona --

Descrizione altra sede della lesione

Descrizione altra sede della lesione

< INDIETRO

Cancella dati

SALVA BOZZA

CONTINUA >

Fig. 61.

## Infortunio – Dove è avvenuto l'infortunio

I dati del luogo dell'evento vengono solitamente impostati automaticamente con i corrispettivi già inseriti e salvati nella sottosezione **Datore di lavoro – Unità produttiva**. Nel caso del settore agricoltura, essendo possibile la sola scelta **UNITÀ PRODUTTIVA NON DICHIARATA** nella sottosezione **Datore di lavoro – Unità produttiva**, i dati non risulteranno valorizzati.

DOVE E' AVVENUTO L'INFORTUNIO?

Luogo dell'evento/Località dei lavori/Unità produttiva  
(modificare se diversa da quella già inserita nella sezione DATORE DI LAVORO)

Luogo dell'evento/Località dei lavori/Unità produttiva

Massimo 130 caratteri

Nazione  Provincia

Comune  CAP  ASL

Indirizzo del luogo dell'infortunio

VIA  N° civico

**VERIFICA**

Infortunio in itinere?

Incidente con mezzo di trasporto

Tipo di Incidente

Presso altra azienda

Codice fiscale altra azienda

Denominazione/ragione sociale altra azienda

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

## Regole di compilazione 'Infortunio – Dove è avvenuto l'infortunio'

**Luogo dell'evento/Località dei lavori/Unità produttiva** - campo alfanumerico di massimo 130 caratteri.

**Nazione** – se valorizzato con *ITALIA*, verranno visualizzati i campi **Provincia**, **Comune** e **CAP**; se diverso da *ITALIA*, sarà presente solo il campo **Comune**.

**Provincia** – visualizzato solo se la **Nazione** è *ITALIA* e contiene l'elenco delle Province esistenti alla data attuale.

**Comune** – contiene la lista dei Comuni relativi alla scelta della **Provincia** se la **Nazione** è valorizzata con *ITALIA*; se la **Nazione** è diversa da *ITALIA*, è liberamente editabile per indicare il **Comune estero**; obbligatorio in entrambi i casi.

**CAP** – visualizzato solo se la **Nazione** è valorizzata con *ITALIA*, caricato in base alla scelta del **Comune** ed obbligatorio.

**ASL** – visualizzato solo se la **Nazione** è valorizzata con *ITALIA*, caricato in base alla scelta del **Comune** ed obbligatorio.

**Indirizzo del luogo dell'infortunio** - composto da 3 campi separati: toponimo, indirizzo e N° civico; il campo dell'indirizzo è alfanumerico di massimo 50 caratteri.

**Pulsante VERIFICA** – Consente di verificare la validità dell'indirizzo inserito in merito al luogo presso il quale si è verificato l'infortunio. Tale verifica è obbligatoria ai fini del salvataggio della pagina se la **Nazione** scelta è *ITALIA*. Per attivare la verifica è necessario inserire **Provincia**, **Comune** e **Indirizzo del luogo dell'infortunio** e selezionare quindi il pulsante, mentre il **CAP** è opzionale ai fini della validazione dello stesso. Il controllo restituisce, in una nuova pagina, l'indirizzo normalizzato comprensivo di CAP oppure i possibili indirizzi tra i quali scegliere, tuttavia, nel caso in cui si volesse comunque conservare l'indirizzo digitato, è sufficiente selezionare l'opzione *Indirizzo non censito*. Effettuata la scelta e selezionato il pulsante **CONFERMA SELEZIONE**, l'applicativo ritorna automaticamente alla originaria pagina **Infortunio**, nella quale i campi **CAP** e **Indirizzo del luogo dell'infortunio** risultano compilati in base alla scelta effettuata. Qualsiasi successiva modifica all'indirizzo comporta una nuova validazione dei dati.

**Infortunio in itinere** – campo alternativo *SI/NO*. Se selezionato a *SI*, i campi contenuti nel box **Presso altra azienda** sono inibiti (non editabili). Link, tramite icona **punto interrogativo**, ad informazioni normative.

**Incidente con mezzo di trasporto** – se valorizzato a *NO*, il successivo campo relativo al **Tipo di incidente** non è selezionabile.

**Tipo di incidente** – campo elenco obbligatorio se **Incidente con mezzo di trasporto** è valorizzato a *SI*; non è editabile se invece il campo **Incidente con mezzo di trasporto** = *NO*.

## **Infortunio – Quando è avvenuto l'infortunio**

Questa sezione riguarda tutte le informazioni relative al momento dell'evento.

QUANDO È AVVENUTO L'INFORTUNIO?

Data evento gg/mm/aaaa	Ora evento HH:MM	Ora di lavoro -- seleziona --
Giorno festivo? -- seleziona --	Durante il turno di notte? -- seleziona --	

## **Regole di compilazione 'Infortunio – Quando è avvenuto l'infortunio'**

**Data evento** – campo obbligatorio.

**Ora evento** – campo obbligatorio.

**Ora di lavoro** – campo elenco contenente i numeri da 1 a 24; non editabile se **Infortunio in itinere** è stato valorizzato a *SI* nella precedente sezione.

**Giorno festivo?** – campo obbligatorio.

**Durante il turno di notte?** – campo obbligatorio.

## **Infortunio – Certificato medico**

CERTIFICATO MEDICO

Dati del certificato medico da cui scaturisce l'obbligo di comunicazione di infortunio ai sensi dell'art. 18 c. 1 lettera r d.lgs. 81/2008.

Identificativo certificato	Data di rilascio gg/mm/aaaa	Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato medico dal lavoratore gg/mm/aaaa
Periodo di prognosi Dal gg/mm/aaaa	al gg/mm/aaaa	

## **Regole di compilazione 'Infortunio – Certificato medico'**

**Identificativo certificato** – deve essere valorizzato con il codice identificativo del certificato medico di infortunio assegnato dalla struttura ospedaliera/medico oppure da INAIL nel caso di inoltro telematico del certificato all'Istituto. Tale campo è sempre obbligatorio.

**ATTENZIONE:** il valore del campo **Identificativo certificato** deve essere inserito così come presente sul certificato medico di infortunio. Ad esempio, se il certificato medico riporta il numero identificativo **000000101**, questo valore deve essere inserito nel campo **Identificativo certificato** comprensivo degli zeri iniziali.

**Data di rilascio** – da valorizzare con la data in cui il certificato medico di infortunio è stato rilasciato da medico/struttura ospedaliera; data maggiore/uguale a **Data evento** e minore/uguale a **Data in**

cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato medico dal lavoratore. Il campo è sempre obbligatorio.

**Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato medico dal lavoratore** – campo obbligatorio.

**Periodo di prognosi / Dal** – definisce l'inizio del periodo di prognosi e deve essere maggiore/uguale alla **Data evento**. Campo obbligatorio.

**Periodo di prognosi / Al** – definisce la fine del periodo di prognosi. Deve essere maggiore/uguale alla **Data inizio del periodo di prognosi**. Campo obbligatorio.

Nel caso in cui il periodo di prognosi inserito fosse superiore ai tre giorni, escluso quello dell'evento, viene mostrato il messaggio: *“ERRORE: Il periodo di prognosi non può essere superiore a 3 giorni, escluso il giorno dell'evento. Per il periodo inserito è obbligatorio procedere all'invio della Denuncia di infortunio tramite l'apposito servizio. [Converti in denuncia di infortunio.](#)”*

CERTIFICATO MEDICO

Dati del certificato medico da cui scaturisce l'obbligo di comunicazione di infortunio ai sensi dell'art. 18 c. 1 lettera r d.lgs. 81/2008.

Identificativo certificato ⓘ <input type="text" value="000124578"/>	Data di rilascio <input type="text" value="01/08/2018"/>	Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato medico dal lavoratore <input type="text" value="01/08/2018"/>
--	---	--

Periodo di prognosi

Dal  al

ERRORE: Il periodo di prognosi non può essere superiore a 3 giorni, escluso il giorno dell'evento. Per il periodo inserito è obbligatorio procedere all'invio della Denuncia di infortunio tramite l'apposito servizio. [Converti in denuncia di infortunio.](#)

È quindi possibile modificare il periodo di prognosi oppure selezionare il link [Converti in denuncia di infortunio](#). In quest'ultimo caso un messaggio di colore verde specifica il numero progressivo assegnato alla Denuncia per il completamento e l'invio della quale è necessario accedere al servizio online “Denuncia/comunicazione di infortunio” e selezionarla tra quelle in lavorazione in modo da inserire gli ulteriori dati necessari al suo inoltro.

#### COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio N°2526

◀ [Datore di lavoro](#) > 4 [Lavoratore](#) > 5 [Infortunio](#) > 6 [Allegati](#) > 7 [Riepilogo e invio](#) >

✓ I dati fin qui inseriti sono stati salvati e riportati nella denuncia/comunicazione n. 8559940 presente tra le denunce in lavorazione. Per procedere nella compilazione della denuncia, accedere al servizio on line Denuncia/Comunicazione di infortunio e selezionare dall'elenco delle denunce in lavorazione la denuncia da completare e inoltrare.

**NOTA:** Si ricorda che l'obbligo di inoltro della comunicazione di infortunio scaturisce se il periodo di prognosi è inferiore a tre giorni, escluso il giorno dell'evento. Si precisa altresì che tale obbligo non sussiste se il periodo di prognosi è di un giorno e coincide con il giorno dell'evento.

## Infortunio - Cause e circostanze

La sezione cause e circostanze riguarda i dati descrittivi per una maggior comprensione dell'evento infortunistico.

CAUSE E CIRCOSTANZE	
<b>In che modo è avvenuto l'infortunio?</b> 400 caratteri disponibili Inserire descrizione particolareggiata delle cause e circostanze anche con riferimento alle misure di igiene e prevenzione	
<b>Dov'era il lavoratore al momento dell'infortunio?</b> 150 caratteri disponibili Esempio: nel cantiere di nuova costruzione, nel cantiere di ristrutturazione, nel magazzino, in strada, in galleria, in officina, su una barca, nella stalla, nel campo, nel bosco;	
<b>Che tipo di lavoro stava svolgendo al momento dell'infortunio?</b> 100 caratteri disponibili Esempio: manutenzione, costruzione nuovo, ristrutturazione vecchio, pulizia, conduzione mezzo di trasporto, trattamento del terreno, allevamento ittico	<b>Era il suo lavoro consueto?</b> -- seleziona --
<b>Che cosa stava facendo in particolare al momento dell'infortunio?</b> 150 caratteri disponibili Esempio: sollevava un carico, saliva le scale, usava il martello, stava guidando il camion, arava il campo; specificare laddove presente l'utensile/attrezzo che si stava utilizzando (es. il carico, le scale, il martello, il camion, il campo)	
<b>Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio?</b> 150 caratteri disponibili Esempio: si è rotto il cavo, ha perso il controllo del mezzo, è scivolato dalla scala, ha fatto un gesto inopportuno; specificare laddove presente l'oggetto coinvolto nell'evento (es. il cavo, il mezzo, la scala, nessun oggetto)	
<b>In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto al lavoratore?</b> 120 caratteri disponibili Esempio: shock elettrico, schiacciato dal mezzo di trasporto, caduto al suolo, punto da insetto, sforzo fisico; specificare laddove presente l'oggetto che ha provocato la lesione (es. elettricità, il mezzo di trasporto, il suolo, l'insetto, nessun oggetto)	<b>Per infortunio con caduta dall'alto, indicare l'altezza della caduta (opzionale)</b> 00 metri
<b>Natura della lesione</b> -- seleziona --	<b>Descrizione altra natura della lesione</b> Descrizione altra natura della lesione
<b>Sede della lesione</b> -- seleziona --	<b>Descrizione altra sede della lesione</b> Descrizione altra sede della lesione

## Regole di compilazione 'Infortunio – Cause e circostanze'

**Tutti i campi (esclusi altezza della caduta, natura e sede della lesione)** sono descrittivi, editabili secondo quanto descritto negli esempi contenuti in ciascun campo e della lunghezza massima indicata.

**Natura della lesione** - contiene l'elenco delle tipologie di natura della lesione previste dall'Istituto. Se selezionato *Altro*, il campo **Descrizione altra natura della lesione** diventa editabile e deve essere obbligatoriamente valorizzato.

**Descrizione altra natura della lesione** – il campo diventa editabile ed obbligatorio se nel campo **Natura della lesione** viene selezionato il valore *Altro* (vedi le due immagini sottostanti).

**Sede della lesione** - contiene l'elenco delle tipologie di sedi della lesione previste dall'Istituto. Se selezionato *Altro*, il campo **Descrizione altra sede della lesione** diventa editabile e deve essere obbligatoriamente valorizzato.

**Descrizione altra sede della lesione** - il campo diventa editabile ed obbligatorio se nel campo **Sede della lesione** viene selezionato il valore *Altro* (vedi le due immagini sottostanti).



Natura della lesione	Descrizione altra natura della lesione
ALTRO... ▼	SHOCK
Sede della lesione	Descrizione altra sede della lesione
▼	

Natura della lesione	Descrizione altra natura della lesione
ALTRO... ▼	SHOCK
Sede della lesione	Descrizione altra sede della lesione
ALTRO... ▼	

Effettuati tutti i dovuti controlli, l'utente può selezionare il pulsante:

- **Cancella** per eliminare le informazioni inserite nei campi digitabili;
- **SALVA BOZZA** che, senza eseguire alcun controllo, salva i dati inseriti, ma non consente il passaggio alla pagina successiva;
- **CONTINUA** per consolidare, al netto dei controlli di obbligatorietà, le informazioni inserite consentendo il passaggio alla successiva pagina che viene automaticamente proposta a video.

## 4 ALLEGATI

Completata la compilazione ed il corretto inserimento della pagina del 'Infortunio', viene visualizzata quella relativa agli **Allegati** per il caricamento dei documenti da allegare alla comunicazione di infortunio.

Per la gestione Agricoltura la compilazione di questa sezione è facoltativa per i profili **Datore di lavoro**, mentre per i profili **Intermediario** e **Delegato dell'intermediario** è obbligatorio allegare copia del documento di delega, comprensivo della copia fotostatica non autenticata del documento del datore di lavoro delegante, che attesti il mandato del datore di lavoro per conto del quale l'intermediario, o il suo delegato, deve inviare la Comunicazione di infortunio.

L'utente deve preliminarmente specificare la tipologia di allegato da caricare, scegliendo tra le opzioni proposte nel campo elenco **Tipologia**. In fase di salvataggio della pagina sarà effettuato un controllo per verificare che sia stato allegato un file con tipologia *Delega/mandato*.

Selezionata la tipologia, l'utente può procedere al caricamento dell'allegato selezionando dal proprio pc il file PDF tramite il pulsante **SCEGLI IL FILE** e procedere con **CARICA IL FILE**.

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio N°4401

◀ Datore di lavoro > 2 Lavoratore > 3 Infortunio > **4 Allegati >** 5 Riepilogo e invio >

CARICAMENTO DEI DOCUMENTI DA ALLEGARE

ATTENZIONE: se stai compilando la comunicazione di infortunio in qualità di delegato o mandatario del datore di lavoro, è necessario allegare copia del documento di delega ricevuto dal datore di lavoro, comprensivo della copia fotostatica del documento di riconoscimento del delegante, selezionando nel campo Tipologia il valore "Delega/Mandato".

Tipologia

-- seleziona --

SCEGLI IL FILE


CARICA IL FILE

E' possibile allegare 1 o 2 file PDF da max 1024 KB ciascuno

< INDIETRO

CONTINUA >

Fig. 62.

Appare quindi l'elenco che riepiloga i dati del file caricato; il file è visualizzabile tramite l'icona  oppure cancellabile selezionando l'icona del **cestino**. Si può dunque procedere, se necessario, al caricamento di un ulteriore file.

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

## Nuova Comunicazione di infortunio N°4401

[1 Datore di lavoro >](#) [2 Lavoratore >](#) [3 Infortunio >](#) **4 Allegati >** [5 Riepilogo e invio >](#)

CARICAMENTO DEI DOCUMENTI DA ALLEGARE

ATTENZIONE: se stai compilando la comunicazione di infortunio in qualità di delegato o mandatario del datore di lavoro, è necessario allegare copia del documento di delega ricevuto dal datore di lavoro, comprensivo della copia fotostatica del documento di riconoscimento del delegante, selezionando nel campo Tipologia il valore "Delega/Mandato".

Tipologia

-- seleziona --



SCEGLI IL FILE

CARICA IL FILE

E' possibile allegare 1 o 2 file PDF da max 1024 KB ciascuno

✓ Documento caricato e salvato correttamente

DOCUMENTI CARICATI

Nome file	Dimensione	Tipologia	
ALLEGATOCOM.PDF	31 KB	Delega/mandato	 

< INDIETRO

CONTINUA >

Fig. 63.

**Regole per inserimento 'Allegati'****Numero di file** – massimo 2.**Formato dei file** – solo PDF non protetto.**Grandezza massima di ciascun file** – 1024 KB.**Denominazione file** – il nome non può contenere spazi.È possibile proseguire con la compilazione selezionando il pulsante **CONTINUA**.

## 5 RIEPILOGO E INVIO

Completata la compilazione della pagina [Allegati](#), viene visualizzata quella di [Riepilogo e invio](#) nella quale è possibile controllare i dati inseriti, scaricare l'anteprima del modulo di comunicazione compilato e procedere con l'invio della comunicazione di infortunio.

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio N°1459

◀ [Datore di lavoro >](#) [2 Lavoratore >](#) [3 Infortunio >](#) [4 Allegati >](#) **5 Riepilogo e invio >** ▶

DATORE DI LAVORO	▼
LAVORATORE	▼
INFORTUNIO	▼
ALLEGATI	▼

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEL D.P.R. N. 445/2000

Il sottoscritto Datore di lavoro

Codice fiscale

VSPPLA61D22H501W

Cognome e nome

VESPASIANI PAOLO

Comune di nascita

Data di nascita

03/01/0001

Indirizzo

Recapito telefonico

Email

test@inail.it

PEC (opzionale)

DICHIARA sotto la propria responsabilità:

- di rendere la presente Comunicazione di infortunio ai sensi del d.p.r. n. 1124/1965 e del d.lgs. n. 81/2008 e s.m. in qualità di datore di lavoro dell'infortunato o su delega 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.5 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), 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 Comunicazione di infortunio non siano rispondenti a verità; ovvero in qualità di delegato, delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro in caso di mancata corrispondenza tra i dati forniti con la presente Comunicazione di infortunio e quanto dichiarato dal datore di lavoro, il quale resta in ogni caso responsabile della loro veridicità.

Note aggiuntive (opzionale)

300 caratteri disponibili

☐ Confermo quanto sopra indicato

&lt; INDIETRO

[Scarica l'anteprima \(PDF\)](#)

INVIA &gt;

Fig. 64.

Aperto ciascuna delle sezioni in grigio, tramite la freccia verso il basso, è possibile visualizzare i dati inseriti e salvati nell'omonima pagina.

DATORE DI LAVORO	▼
LAVORATORE	▼
INFORTUNIO	▼
ALLEGATI	▼

Nella sezione [Dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. n.445/2000](#) viene visualizzata la tipologia del sottoscritto che autocertifica la dichiarazione, determinata in base alle credenziali utilizzate per l'accesso ai servizi online dell'INAIL ([Datore di lavoro](#), [Mandatario del datore di lavoro](#), [Delegato del mandatario](#)), nonché i relativi dati anagrafici presenti negli archivi dell'Istituto.

Tutti i dati, ad eccezione di [Recapito telefonico](#), [Email](#), [PEC](#) e [Note aggiuntive](#), sono automaticamente acquisiti dall'applicativo, in base alle credenziali dell'utente che si è profilato nel portale Inail, e non sono modificabili.

La selezione di [Scarica l'anteprima \(PDF\)](#) permette di aprire e visualizzare il modulo compilato della comunicazione di infortunio, non ancora inviata, in formato PDF. L'anteprima del modulo mostra i dati inseriti nelle pagine della comunicazione delle quali la prima, relativa all'autocertificazione, è vuota in quanto la comunicazione ancora non è ancora stata inviata.

Per procedere con l'invio della comunicazione è necessario confermare la dichiarazione selezionando il check [Confermo quanto sopra indicato](#) quindi il pulsante [INVIA](#).

Confermata ed inoltrata la comunicazione di infortunio, ne viene mostrata a video la [ricevuta di invio](#), che può essere anche salvata sul proprio pc tramite il link [Scarica la ricevuta di invio \(PDF\)](#). Nella ricevuta a video viene visualizzato il numero identificativo assegnato automaticamente alla comunicazione inviata ([Numero Comunicazione di infortunio](#)) e la sede INAIL competente alla ricezione della comunicazione di infortunio in base al domicilio del lavoratore. Inoltre, effettuato il controllo con il codice fiscale del lavoratore e quanto inserito nei campi identificativo e data di rilascio del certificato nella sezione [Infortunio – Certificato medico](#), viene specificato se la comunicazione risulta o meno associata alla certificazione medica pervenuta all'Istituto.

È possibile scaricare il modulo PDF della comunicazione inviata tramite il link [Scarica la comunicazione inviata \(PDF\)](#).

#### COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

##### Nuova Comunicazione di infortunio N°1152

✓ Hai inviato correttamente la Comunicazione di infortunio

**Numero Comunicazione di infortunio: 1152**

La Comunicazione di infortunio è disponibile presso la sede Inail competente di PIOMBINO

**Non è stato possibile associare la comunicazione di infortunio alla certificazione medica pervenuta all'istituto**

[📄 Scarica la ricevuta di invio \(PDF\)](#)
[📄 Scarica la comunicazione inviata \(PDF\)](#)

Fig. 65.

## COMPILAZIONE NUOVA COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO ONLINE – GESTIONE DATORI DI LAVORO DI SOGGETTI NON ASSICURATI INAIL

Scelta la funzione [Nuova comunicazione di infortunio > Online](#) dalla pagina di accoglienza, si accede direttamente alla prima pagina, quella del [Datore di lavoro](#).

### 1 DATORE DI LAVORO

La pagina è relativa ai dati anagrafici del datore di lavoro.

#### Datore di lavoro – Anagrafica

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio

◀ **1 Datore di lavoro >** 2 Lavoratore > 3 Infortunio > 4 Allegati > 5 Riepilogo e invio > ▶

ANAGRAFICA

Codice fiscale

BBBDNC70A50C352R

Cognome e nome o ragione sociale

Cognome e nome o ragione sociale

Settore di inquadramento aziendale (Ateco 2007)

-- seleziona --

Attività svolta dall'azienda (classi di attività Ateco 2007)

-- seleziona --

Indirizzo

-- seleziona --

Indirizzo

N° civico

Provincia

-- seleziona --

Comune

-- seleziona --

CAP

-- seleziona --

ASL

-- seleziona --

Telefono

Telefono

Email

Email

PEC

PEC

[Cancella dati](#)

SALVA BOZZA

CONTINUA >

Fig. 66.

## **Regole di compilazione 'Datore di lavoro – Anagrafica'**

Tutti i campi presenti nella pagina devono essere compilati dall'utente, non essendo presente in INAIL un'anagrafica dei datori di lavoro di soggetti non assicurati INAIL.

**Codice fiscale** – campo alfanumerico obbligatorio da valorizzare con il codice fiscale/partita IVA dell'azienda.

**Ragione sociale** – campo alfanumerico obbligatorio da valorizzare con la ragione sociale dell'azienda.

**Settore di inquadramento aziendale (Ateco 2007)** – campo obbligatorio contenente l'elenco dei settori di inquadramento aziendale Ateco 2007.

**Attività svolta dall'azienda (classi di attività Ateco 2007)** – campo obbligatorio contenente l'elenco delle attività svolte dall'azienda afferenti al settore di inquadramento aziendale scelto nel campo precedente.

**Indirizzo** – da valorizzare con l'indirizzo dell'azienda; campo obbligatorio composto da toponimo (campo contenete l'elenco dei toponimi) e indirizzo (campo alfanumerico).

**N° civico** – campo obbligatorio.

NOTA: l'indirizzo completo (toponimo, indirizzo e n. civico) non deve superare i 30 caratteri.

**Provincia** – campo obbligatorio contenente l'elenco delle Province esistenti alla data attuale.

**Comune** – campo elenco obbligatorio contenente la lista dei Comuni appartenenti alla **Provincia** scelta.

**CAP** - campo elenco obbligatorio caricato in base alla scelta del **Comune**.

**ASL** – campo elenco obbligatorio caricato in base al **Comune** scelto.

**Telefono** – da valorizzare con il recapito telefonico dell'azienda; campo numerico di massimo 24 caratteri in cui inserire il recapito telefonico del datore di lavoro (telefono fisso o cellulare), comprensivo, eventualmente, di prefisso internazionale (ad es. +39 per Italia).

**Email** – da valorizzare con l'indirizzo email dell'azienda; campo opzionale alfanumerico di massimo 70 caratteri.

**PEC** – da valorizzare l'indirizzo PEC dell'azienda con campo opzionale alfanumerico di massimo 70 caratteri.

Effettuati tutti i dovuti controlli, l'utente può selezionare il pulsante:

- **Cancella** per eliminare le informazioni inserite nei campi digitabili;
- **SALVA BOZZA** che, senza eseguire alcun controllo, salva i dati inseriti, ma non consente il passaggio alla pagina successiva;
- **CONTINUA** per consolidare, al netto dei controlli di obbligatorietà, le informazioni inserite consentendo il passaggio alla successiva pagina che viene automaticamente proposta a video.

## 2 LAVORATORE

Completata la compilazione ed il corretto inserimento della pagina del **Datore di lavoro**, viene visualizzata quella relativa ai dati del lavoratore, suddivisa in quattro sezioni:

- **Dati anagrafici**: dati anagrafici del lavoratore;
- **Residenza e domicilio**: dati relativi alla residenza e, se diverso, al domicilio del lavoratore;
- **Contatti**: da compilare solo in caso di consenso del lavoratore a comunicare i propri dati personali all'INAIL;
- **Rapporto di lavoro**: dati relativi alla situazione lavorativa del lavoratore infortunato.

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio N°4625

◀ **Datore di lavoro >** **2 Lavoratore >** 3 Infortunio > 4 Allegati > 5 Riepilogo e invio >

DATI ANAGRAFICI

Codice fiscale

Nome

Cognome

Cittadinanza

Data di nascita

Sesso

Stato civile (opzionale)

Stato di nascita

Data di decesso

RESIDENZA E DOMICILIO

Indirizzo di residenza

N° civico

Nazione

☐ L'indirizzo di domicilio è diverso dall'indirizzo di residenza

CONTATTI

Da compilare solo in caso di consenso del lavoratore a comunicare i propri dati personali all'INAIL.

Recapito telefonico

Secondo recapito telefonico

☐ Non ho queste informazioni

Email (opzionale)

PEC (opzionale)

RAPPORTO DI LAVORO

Studente

Tipologia di lavoratore

Tipologia di contratto

Data di assunzione (opzionale)

CCNL - Settore lavorativo CNEL

CCNL - Categoria CNEL

Qualifica assicurativa

Voce professionale ISTAT

< INDIETRO

Cancella dati

SALVA BOZZA

CONTINUA >

Fig. 67.

INAIL

Manuale utente comunicazione d'infortunio telematica

120



## Lavoratore – Dati anagrafici

La sezione interessa tutti i dati anagrafici del lavoratore che ha subito l'infortunio.

DATI ANAGRAFICI

Codice fiscale <input type="text"/>	Nome <input type="text"/>		Cognome <input type="text"/>
<input type="button" value="CERCA"/>			
Cittadinanza -- seleziona --	Data di nascita gg/mm/aaaa	Sesso -- seleziona --	Stato civile (opzionale) -- seleziona --
Stato di nascita ITALIA	Provincia di nascita -- seleziona --	Comune di nascita -- seleziona --	
Data di decesso gg/mm/aaaa			

### Regole di compilazione 'Lavoratore – Dati anagrafici'

**Codice fiscale** - campo alfanumerico di 16 caratteri.

**Pulsante CERCA** – consente di effettuare una ricerca, all'interno dell'archivio della comunicazione d'infortunio online, del lavoratore di cui si è digitato il codice fiscale: se trovato, tutti i campi sottostanti vengono precompilati; in caso contrario, apparirà un messaggio indicante l'assenza in archivio del lavoratore ricercato e tutti i dati dovranno essere inseriti.

**Nome** - campo obbligatorio alfanumerico di massimo 30 caratteri.

**Cognome** - campo obbligatorio alfanumerico di massimo 40 caratteri.

**Cittadinanza** - campo obbligatorio contenente l'elenco di tutte le cittadinanze.

**Data di nascita** – campo obbligatorio da inserire nel formato gg/mm/aaaa oppure tramite il calendario.

**Sesso** – campo obbligatorio.

**Stato civile** – campo opzionale.

**Stato di nascita** - se è *ITALIA*, verranno visualizzati i campi **Provincia di nascita** e **Comune di nascita**; se diverso da *ITALIA*, sarà presente solo il campo **Comune**.

**Provincia di nascita** - visibile se lo **Stato di nascita** è *ITALIA* e contenente l'elenco di tutte le Province esistenti alla **Data di nascita** del lavoratore inserita.

**Comune di nascita** – campo elenco contenente i Comuni della **Provincia di nascita** scelta se lo **Stato di nascita** è *ITALIA*; se lo **Stato di nascita** è diverso da *ITALIA*, è liberamente editabile per indicare il **Comune estero**; obbligatorio in entrambi i casi.

**Data di decesso** – campo facoltativo da inserire nel formato gg/mm/aaaa oppure tramite il calendario.

## Lavoratore – Residenza e domicilio

RESIDENZA E DOMICILIO

Indirizzo di residenza

VIA

Roma

N° civico

1

Nazione

ITALIA

Provincia

LIVORNO

Comune

PIOMBINO

CAP

57025

ASL

AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST

VERIFICA

☒ L'indirizzo di domicilio è diverso dall'indirizzo di residenza

Indirizzo di domicilio

VIA

Roma

N° civico

101

Nazione

ITALIA

Provincia

LIVORNO

Comune

PIOMBINO

CAP

57025

ASL

AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST

VERIFICA

### Regole di compilazione 'Lavoratore – Residenza e domicilio'

**Indirizzo di residenza** – campo obbligatorio composto da toponimo (campo contenente l'elenco dei toponimi) e indirizzo (campo alfanumerico).

**N° civico** – campo obbligatorio.

**Nazione** – se è *ITALIA*, verranno visualizzati i campi *Provincia*, *Comune* e *CAP*; se diversa da *ITALIA*, sarà presente solo il campo *Comune*.

**Provincia** – campo elenco visualizzato solo se la 'Nazione' di residenza è valorizzata con *ITALIA* e, in questo caso, obbligatorio; contiene l'elenco delle Province esistenti alla data attuale.

**Comune** – campo elenco contenente la lista dei Comuni appartenenti alla *Provincia* scelta se la *Nazione* di residenza è valorizzata con *ITALIA*; se la *Nazione* di residenza è diversa da *ITALIA*, è liberamente editabile per indicare il *Comune estero*; obbligatorio in entrambi i casi.

**CAP** - campo elenco visualizzato solo se la *Nazione* di residenza è valorizzata con *ITALIA*, caricato in base alla scelta del *Comune* ed obbligatorio.

**ASL** – campo elenco visualizzato solo se la *Nazione* di residenza è valorizzata con *ITALIA*, caricato in base al 'Comune' scelto ed obbligatorio.

**Pulsante VERIFICA** – Consente di verificare la validità dell'indirizzo di residenza inserito. Tale verifica è opzionale nel caso in cui siano presenti i dati precompilati provenienti dalla ricerca del lavoratore tramite il suo codice fiscale (senza modificare i dati), è invece obbligatoria ai fini del salvataggio della pagina se, in caso di altro indirizzo da inserire, la *Nazione* scelta è *ITALIA* oppure se vengono modificati i citati dati precompilati. Per attivare la verifica è necessario inserire *Provincia*, *Comune* e *Indirizzo di residenza* e selezionare quindi il pulsante, mentre il *CAP* è opzionale ai fini della validazione dello stesso. Il controllo restituisce, in una nuova pagina, l'indirizzo normalizzato comprensivo di CAP oppure i possibili indirizzi tra i quali scegliere; tuttavia, nel caso in cui si volesse comunque conservare l'indirizzo digitato, è sufficiente selezionare l'opzione *Indirizzo non censito*. Effettuata la scelta e selezionato il pulsante **CONFERMA SELEZIONE**, l'applicativo ritorna automaticamente alla originaria pagina *Lavoratore*, nella quale

i campi **CAP** e **Indirizzo di residenza** risultano compilati in base alla scelta effettuata. Qualsiasi successiva modifica all'indirizzo comporta una nuova validazione dei dati.

**L'indirizzo di domicilio è diverso dall'indirizzo di residenza** – se selezionato, vengono mostrati i campi in cui inserire i dati relativi al domicilio:

**Indirizzo di domicilio** – composto dal campo Toponimo e dal successivo campo Indirizzo.

**N° civico** – campo obbligatorio

**Nazione** – se è *ITALIA*, verranno visualizzati i campi **Provincia**, **Comune** e **CAP**; se diversa da *ITALIA*, sarà presente solo il campo **Comune**.

**Provincia** - campo elenco visualizzato solo se la **Nazione** di domicilio è *ITALIA* e contenente l'elenco delle Province esistenti alla data attuale.

**Comune** - campo elenco contenente la lista dei Comuni della **Provincia** scelta se la **Nazione** di domicilio è valorizzata con *ITALIA*; se la **Nazione** di domicilio è diversa da *ITALIA*, è liberamente editabile per indicare il **Comune estero**; obbligatorio in entrambi i casi.

**CAP** - campo elenco visualizzato solo se la **Nazione** di domicilio è valorizzata con *ITALIA*, caricato in base alla scelta del **Comune** ed obbligatorio.

**ASL** – campo elenco visualizzato solo se la **Nazione** di domicilio è valorizzata con *ITALIA*, caricato in base alla scelta del **Comune** ed obbligatorio.

**Pulsante VERIFICA** – Consente di verificare la validità dell'indirizzo di domicilio inserito. Tale verifica è opzionale nel caso in cui siano presenti i dati precompilati provenienti dalla ricerca del lavoratore tramite il suo codice fiscale (senza modificare i dati), è invece obbligatoria ai fini del salvataggio della pagina se, in caso di altro indirizzo da inserire, la **Nazione** scelta è *ITALIA* oppure se vengono modificati i citati dati precompilati. Per attivare la verifica è necessario inserire **Provincia**, **Comune** e **Indirizzo di domicilio** e selezionare quindi il pulsante, mentre il **CAP** è opzionale ai fini della validazione dello stesso. Il controllo restituisce, in una nuova pagina, l'indirizzo normalizzato comprensivo di CAP oppure i possibili indirizzi tra i quali scegliere; tuttavia, nel caso in cui si volesse comunque conservare l'indirizzo digitato, è sufficiente selezionare l'opzione *Indirizzo non censito*. Effettuata la scelta e selezionato il pulsante **CONFERMA SELEZIONE**, l'applicativo ritorna automaticamente alla originaria pagina **Lavoratore**, nella quale i campi **CAP** e **Indirizzo di domicilio** risultano compilati in base alla scelta effettuata. Qualsiasi successiva modifica all'indirizzo comporta una nuova validazione dei dati.

## Lavoratore – Contatti

**CONTATTI**

Da compilare solo in caso di consenso del lavoratore a comunicare i propri dati personali all'INAIL.

Recapito telefonico  
es. +39065634222

Secondo recapito telefonico  
es. +39065634222 ☐ Non ho queste informazioni

Email (opzionale)

PEC (opzionale)

## Regole di compilazione 'Lavoratore – Contatti'

**Recapito telefonico** – campo numerico di massimo 24 caratteri in cui inserire il recapito telefonico principale (telefono fisso o cellulare), comprensivo, eventualmente, di prefisso internazionale (ad es. +39 per Italia).

**Secondo recapito telefonico** – campo numerico di massimo 24 caratteri in cui inserire un ulteriore recapito telefonico (telefono fisso o cellulare), comprensivo, eventualmente, di prefisso internazionale (ad es. +39 per Italia).

**Non ho queste informazioni** - da selezionare obbligatoriamente se non disponibile nessuno dei due recapiti telefonici.

**Email** – campo opzionale alfanumerico di massimo 70 caratteri.

**PEC** – campo opzionale alfanumerico di massimo 70 caratteri.

## Lavoratore – Rapporto di lavoro

La sezione riguarda i dati relativi al rapporto di lavoro dell'infortunato.

Per maggiori informazioni sulle voci professionali ISTAT, nel menu [Utilità](#) è disponibile la [Classificazione delle professioni – CP2011](#), ossia il navigatore dei livelli professionali di cui si compone la classificazione ISTAT.

## Regole di compilazione 'Lavoratore – Rapporto di lavoro'

**Studente** – se valorizzato a *SI*, vengono disabilitati tutti i campi ad eccezione della [Qualifica assicurativa](#) che può assumere solo il valore: *Insegnante e alunno scuole; istruttore e allievo corsi qualificazione prof.le (art.4 n.5 d.p.r. 1124/65)*. Selezionando *SI*, l'icona del [punto interrogativo](#) si attiva automaticamente mostrando il testo che regola la scelta dell'opzione.

**Tipologia di lavoratore** - elenco delle tipologie di lavoratore ammesse; disabilitato se **Studente** = *SI*.

**Tipologia di contratto** - elenco delle tipologie di contratto afferenti alla [Tipologia di lavoratore](#) selezionato; disabilitato se **Studente** = *SI*.

**Data assunzione** - obbligatoria se [Tipologia di contratto](#) è *Contratto a tempo determinato a tempo pieno*, *Contratto a tempo determinato a tempo parziale* o *Contratto determinato*; disabilitato se **Studente** = *SI*.

**Data di fine rapporto di lavoro** - obbligatoria se [Tipologia di contratto](#) è *Contratto a tempo determinato a tempo pieno*, *Contratto a tempo determinato a tempo parziale* o *Contratto determinato*; disabilitato se **Studente** = *SI*.

**CCNL - Settore lavorativo CNEL** - elenco dei settori lavorativi CNEL; disabilitato se **Studente** = *SI*.

**CCNL - Categoria CNEL** - elenco delle categorie CNEL afferenti al [Settore lavorativo CNEL](#) di cui sopra; disabilitato se **Studente** = *SI*.

**Qualifica assicurativa** - elenco delle qualifiche assicurative afferenti alla **Tipologia di contratto** selezionato. Se **Studente** = *SI*, viene precompilato con *Insegnante e alunno scuole; istruttore e allievo corsi qualificazione prof.le* (art. 4 n. 5 d.p.r. 1124/65).

**Voce professionale ISTAT** - campo in sola visualizzazione che contiene il risultato della relativa ricerca effettuata tramite il tasto **CERCA PROFESSIONE**.

**CERCA PROFESSIONE** - pulsante che attiva la ricerca della **Voce Professionale ISTAT** (ex mansione/professione); la funzionalità è descritta [nel capitolo 'Ricerca professione ISTAT'](#); disabilitato se **Studente** = *SI* oppure se **Tipologia lavoratore** è *Allievo/istruttore corsi qualificazione prof.le*.

**Visualizza Nomenclatura e Classificazione** - pulsante che, visibile solo dopo aver ricercato e acquisito la 'Voce professionale', attiva la visualizzazione della struttura classificativa dei cinque livelli dai quali deriva la relativa **Voce Professionale ISTAT** scelta e visualizzata nel campo; disabilitato se **Studente** = *SI*.

Effettuati tutti i dovuti controlli nella pagina, l'utente può selezionare il pulsante:

- **Cancella** per eliminare le informazioni inserite nei campi digitabili;
- **SALVA BOZZA** che, senza eseguire alcun controllo, salva i dati inseriti, ma non consente il passaggio alla pagina successiva;
- **CONTINUA** per consolidare, al netto dei controlli di obbligatorietà, le informazioni inserite consentendo il passaggio alla successiva pagina che viene automaticamente proposta a video.

### 3 INFORTUNIO

Completata la compilazione ed il corretto inserimento della pagina del **Lavoratore**, viene visualizzata quella relativa ai dati di **Infortunio**, composta da quattro sezioni:

- **Dove è avvenuto l'infortunio:** dati relativi al luogo in cui si è verificato l'evento che ha causato l'infortunio;
- **Quando è avvenuto l'infortunio:** dati relativi a data, ora, ecc. dell'evento e alla conoscenza dell'accaduto da parte del datore di lavoro;
- **Certificato medico:** dati relativi al certificato medico di infortunio dal quale scaturisce l'obbligo di invio della comunicazione;
- **Cause e circostanze:** dati descrittivi per una maggior comprensione delle dinamiche dell'infortunio.

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio N°4644

◀ Datore di lavoro > 2 Lavoratore > **3 Infortunio >** 4 Allegati > 5 Riepilogo e invio >

DOVE È AVVENUTO L'INFORTUNIO?

Luogo dell'evento/Località dei lavori/Unità produttiva  
(modificare se diversa da quella già inserita nella sezione DATORE DI LAVORO)

Luogo dell'evento/Località dei lavori/Unità produttiva

Massimo 130 caratteri

Nazione

-- seleziona --

Indirizzo del luogo dell'infortunio

-- seleziona --

Indirizzo

N° civico

Infortunio in itinere?

-- seleziona --

Incidente con mezzo di trasporto

-- seleziona --

Tipo di Incidente

-- seleziona --

Presso altra azienda

-- seleziona --

Codice fiscale altra azienda

Denominazione/ragione sociale altra azienda

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

-- seleziona --

QUANDO È AVVENUTO L'INFORTUNIO?

Data evento

gg/mm/aaaa

Ora evento

HH:MM

Ora di lavoro

-- seleziona --

Giorno festivo?

-- seleziona --

Durante il turno di notte?

-- seleziona --

CERTIFICATO MEDICO

Dati del certificato medico da cui scaturisce l'obbligo di comunicazione di infortunio ai sensi dell'art. 18 c. 1 lettera r d.lgs. 81/2008.

Identificativo certificato

Identificativo certificato

Data di rilascio

gg/mm/aaaa

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

gg/mm/aaaa

☐ Prognosi riservata

Periodo di prognosi

Dal gg/mm/aaaa al gg/mm/aaaa

Fig. 68.

CAUSE E CIRCOSTANZE

In che modo è avvenuto l'infortunio? 400 caratteri disponibili

Inserire descrizione particolareggiata delle cause e circostanze anche con riferimento alle misure di igiene e prevenzione

Dov'era il lavoratore al momento dell'infortunio? 150 caratteri disponibili

Esempio: nel cantiere di nuova costruzione, nel cantiere di ristrutturazione, nel magazzino, in strada, in galleria, in officina, su una barca, nella stalla, nel campo, nel bosco;

Che tipo di lavoro stava svolgendo al momento dell'infortunio? 100 caratteri disponibili

Esempio: manutenzione, costruzione nuovo, ristrutturazione vecchio, pulizia, conduzione mezzo di trasporto, trattamento del terreno, allevamento ittico

Era il suo lavoro consueto?

-- seleziona --

Che cosa stava facendo in particolare al momento dell'infortunio? 150 caratteri disponibili

Esempio: sollevava un carico, saliva le scale, usava il martello, stava guidando il camion, arava il campo; specificare laddove presente l'utensile/attrezzo che si stava utilizzando (es. il carico, le scale, il martello, il camion, il campo)

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? 150 caratteri disponibili

Esempio: si è rotto il cavo, ha perso il controllo del mezzo, è scivolato dalla scala, ha fatto un gesto inopportuno; specificare laddove presente l'oggetto coinvolto nell'evento (es. il cavo, il mezzo, la scala, nessun oggetto)

In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto al lavoratore? 120 caratteri disponibili

Esempio: shock elettrico, schiacciato dal mezzo di trasporto, caduto al suolo, punto da insetto, sforzo fisico; specificare laddove presente l'oggetto che ha provocato la lesione (es. elettricità, il mezzo di trasporto, il suolo, l'insetto, nessun oggetto)

Per infortunio con caduta dall'alto, indicare l'altezza della caduta (opzionale)

00 metri

Natura della lesione

-- seleziona --

Descrizione altra natura della lesione

Descrizione altra natura della lesione

Sede della lesione

-- seleziona --

Descrizione altra sede della lesione

Descrizione altra sede della lesione

< INDIETRO

Cancella dati

SALVA BOZZA

CONTINUA >

Fig. 69.

## Infortunio – Dove è avvenuto l'infortunio

In questa sezione l'utente deve inserire i dati relativi al luogo in cui è avvenuto l'infortunio.

DOVE E' AVVENUTO L'INFORTUNIO?

Luogo dell'evento/Località dei lavori/Unità produttiva  
(modificare se diversa da quella già inserita nella sezione DATORE DI LAVORO)

Luogo dell'evento/Località dei lavori/Unità produttiva

Massimo 130 caratteri

Nazione ITALIA Provincia LIVORNO

Comune PIOMBINO CAP 57025 ASL AZIENDA USL TOSCANA NORD OVES

Indirizzo del luogo dell'infortunio

VIA Roma N° civico VERIFICA

Infortunio in itinere? -- seleziona -- Incidente con mezzo di trasporto -- seleziona -- Tipo di Incidente -- seleziona --

Presso altra azienda -- seleziona -- Codice fiscale altra azienda  Denominazione/ragione sociale altra azienda

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

## Regole di compilazione 'Infortunio – Dove è avvenuto l'infortunio'

**Luogo dell'evento/Località dei lavori** - campo alfanumerico di massimo 130 caratteri.

**Nazione** – se valorizzato con *ITALIA*, verranno visualizzati i campi *Provincia*, *Comune* e *CAP*; se diverso da *ITALIA*, sarà presente solo il campo *Comune*.

**Provincia** - il campo è visualizzato solo se la *Nazione* è *ITALIA* e contiene l'elenco delle Province esistenti alla data attuale.

**Comune** - il campo contiene la lista dei Comuni relativi alla *Provincia* scelta se la *Nazione* è valorizzata con *ITALIA*; se la *Nazione* è diversa da *ITALIA*, è liberamente editabile per indicare il *Comune estero*; obbligatorio in entrambi i casi.

**CAP** - il campo è visualizzato solo se la *Nazione* è valorizzata con *ITALIA*, caricato in base alla scelta del *Comune* ed obbligatorio.

**ASL** – il campo elenco è visualizzato solo se la *Nazione* è valorizzata con *ITALIA*, caricato in base alla scelta del *Comune* ed obbligatorio.

**Indirizzo del luogo dell'infortunio** - composto da 3 campi separati: toponimo, indirizzo e N° civico; il campo dell'indirizzo è alfanumerico di massimo 50 caratteri.

**Pulsante VERIFICA** – Consente di verificare la validità dell'indirizzo inserito in merito al luogo presso il quale si è verificato l'infortunio. Tale verifica è obbligatoria ai fini del salvataggio della pagina se la *Nazione* scelta è *ITALIA*. Per attivare la verifica è necessario inserire *Provincia*, *Comune* e *Indirizzo del luogo dell'infortunio* e selezionare quindi il pulsante, mentre il *CAP* è opzionale ai fini della validazione dello stesso. Il controllo restituisce, in una nuova pagina, l'indirizzo normalizzato comprensivo di CAP oppure i possibili indirizzi tra i quali scegliere, tuttavia, nel caso in cui si volesse comunque conservare l'indirizzo digitato, è sufficiente selezionare l'opzione *Indirizzo non censito*. Effettuata la scelta e selezionato il pulsante **CONFERMA SELEZIONE**, l'applicativo ritorna automaticamente alla originaria pagina *Infortunio*, nella quale i campi *CAP* e *Indirizzo del luogo dell'infortunio* risultano compilati in base alla scelta effettuata. Qualsiasi successiva modifica all'indirizzo comporta una nuova validazione dei dati.



**Infortunio in itinere** – campo alternativo *SI/NO*. Se selezionato a *SI*, i campi contenuti nel box **Presso altra azienda** sono inibiti (non editabili). L'icona **punto interrogativo** consente di accedere ad informazioni normative relative alla valorizzazione del campo.

**Incidente con mezzo di trasporto** – se valorizzato a *NO*, il successivo campo relativo al **Tipo di incidente** non è selezionabile.

**Tipo di incidente** – campo elenco obbligatorio se **Incidente con mezzo di trasporto** è valorizzato a *SI*; non è editabile se il campo **Incidente con mezzo di trasporto** invece = *NO*.

**Presso altra azienda** - obbligatorio solo se il campo **Infortunio in itinere** è valorizzato a *NO*.

**Codice fiscale altra azienda** - obbligatorio se **Presso altra azienda** è valorizzato a *SI*; alfanumerico di massimo 16 caratteri.

**Denominazione/Ragione sociale altra azienda** - facoltativo e editabile se **Presso altra azienda** è valorizzato a *SI*; alfanumerico di massimo 60 caratteri.

**In regime di appalto, subappalto o altra forma di lavoro per conto di terzi** - obbligatorio se **Presso altra azienda** è valorizzato a *SI*.

## Infortunio – Quando è avvenuto l'infortunio

Questa sezione riguarda tutte le informazioni relative al momento dell'evento.

QUANDO È AVVENUTO L'INFORTUNIO?

Data evento gg/mm/aaaa	Ora evento HH:MM	Ora di lavoro -- seleziona --
Giorno festivo? -- seleziona --	Durante il turno di notte? -- seleziona --	

## Regole di compilazione 'Infortunio – Quando è avvenuto l'infortunio'

**Data evento** – campo obbligatorio.

**Ora evento** – campo obbligatorio.

**Ora di lavoro** – campo elenco contenente i numeri da 1 a 24; non editabile se 'Infortunio in itinere' è stato valorizzato a 'SI' nella precedente sezione.

**Giorno festivo?** – campo obbligatorio.

**Durante il turno di notte?** – campo obbligatorio.

## Infortunio – Certificato medico

CERTIFICATO MEDICO

Dati del certificato medico da cui scaturisce l'obbligo di comunicazione di infortunio ai sensi dell'art. 18 c. 1 lettera r d.lgs. 81/2008.

Identificativo certificato	Data di rilascio gg/mm/aaaa	Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato medico dal lavoratore gg/mm/aaaa
Periodo di prognosi Dal gg/mm/aaaa	al gg/mm/aaaa	

## **Regole di compilazione 'Infortunio – Certificato medico'**

**Identificativo certificato** – deve essere valorizzato con il codice identificativo del certificato medico di infortunio assegnato dalla struttura ospedaliera/medico oppure da INAIL nel caso di inoltro telematico del certificato all'Istituto. Tale campo è sempre obbligatorio.

**ATTENZIONE:** il valore del campo **Identificativo certificato** deve essere inserito così come presente sul certificato medico di infortunio. Ad esempio, se il certificato medico riporta il numero identificativo **000000101**, questo valore deve essere inserito nel campo **Identificativo certificato** comprensivo degli zeri iniziali.

**Data di rilascio** – da valorizzare con la data in cui il certificato medico di infortunio è stato rilasciato da medico/struttura ospedaliera; data maggiore/uguale a **Data evento** e minore/uguale a **Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato medico dal lavoratore**. Il campo è sempre obbligatorio.

**Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato medico dal lavoratore** – campo obbligatorio.

**Periodo di prognosi / Dal** – definisce l'inizio del periodo di prognosi e deve essere maggiore/uguale alla **Data evento**. Campo obbligatorio.

**Periodo di prognosi / Al** – definisce la fine del periodo di prognosi. Deve essere maggiore/uguale alla **Data inizio del periodo di prognosi**. Campo obbligatorio.

**NOTA:** Si ricorda che, nel caso di datori di lavoro di soggetti non assicurati con INAIL, l'obbligo di inoltro della comunicazione di infortunio scaturisce a prescindere dal numero dei giorni di prognosi, ovvero da un periodo inferiore a tre giorni, escluso il giorno dell'evento, fino alla morte del lavoratore. Si precisa altresì che tale obbligo non sussiste se il periodo di prognosi è di un giorno e coincide con il giorno dell'evento.

## **Infortunio - Cause e circostanze**

La sezione cause e circostanze riguarda i dati descrittivi per una maggior comprensione dell'evento infortunistico.

CAUSE E CIRCOSTANZE	
In che modo è avvenuto l'infortunio?	400 caratteri disponibili
Inserire descrizione particolareggiata delle cause e circostanze anche con riferimento alle misure di igiene e prevenzione	
Dov'era il lavoratore al momento dell'infortunio?	150 caratteri disponibili
Esempio: nel cantiere di nuova costruzione, nel cantiere di ristrutturazione, nel magazzino, in strada, in galleria, in officina, su una barca, nella stalla, nel campo, nel bosco;	
Che tipo di lavoro stava svolgendo al momento dell'infortunio?	100 caratteri disponibili
Esempio: manutenzione, costruzione nuovo, ristrutturazione vecchio, pulizia, conduzione mezzo di trasporto, trattamento del terreno, allevamento ittico	
Era il suo lavoro consueto?	-- seleziona --
Che cosa stava facendo in particolare al momento dell'infortunio?	150 caratteri disponibili
Esempio: sollevava un carico, saliva le scale, usava il martello, stava guidando il camion, arava il campo; specificare laddove presente l'utensile/attrezzo che si stava utilizzando (es. il carico, le scale, il martello, il camion, il campo)	
Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio?	150 caratteri disponibili
Esempio: si è rotto il cavo, ha perso il controllo del mezzo, è scivolato dalla scala, ha fatto un gesto inopportuno; specificare laddove presente l'oggetto coinvolto nell'evento (es. il cavo, il mezzo, la scala, nessun oggetto)	
In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto al lavoratore?	120 caratteri disponibili
Esempio: shock elettrico, schiacciato dal mezzo di trasporto, caduto al suolo, punto da insetto, sforzo fisico; specificare laddove presente l'oggetto che ha provocato la lesione (es. elettricità, il mezzo di trasporto, il suolo, l'insetto, nessun oggetto)	
Per infortunio con caduta dall'alto, indicare l'altezza della caduta (opzionale)	00 metri
Natura della lesione	Descrizione altra natura della lesione
-- seleziona --	Descrizione altra natura della lesione
Sede della lesione	Descrizione altra sede della lesione
-- seleziona --	Descrizione altra sede della lesione

## Regole di compilazione 'Infortunio – Cause e circostanze'

**Tutti i campi (esclusi altezza della caduta, natura e sede della lesione)** sono descrittivi, editabili secondo quanto descritto negli esempi contenuti in ciascun campo e della lunghezza massima indicata.

**Natura della lesione** - contiene l'elenco delle tipologie di natura della lesione previste dall'Istituto. Se selezionato *Altro*, il campo **Descrizione altra natura della lesione** diventa editabile e deve essere obbligatoriamente valorizzato.

**Descrizione altra natura della lesione** – il campo diventa editabile ed obbligatorio se nel campo **Natura della lesione** viene selezionato il valore *Altro* (vedi le due immagini sottostanti).

**Sede della lesione** - contiene l'elenco delle tipologie di sedi della lesione previste dall'Istituto. Se selezionato *Altro*, il campo **Descrizione altra sede della lesione** diventa editabile e deve essere obbligatoriamente valorizzato.

**Descrizione altra sede della lesione** - il campo diventa editabile ed obbligatorio se nel campo **Sede della lesione** viene selezionato il valore *Altro* (vedi le due immagini sottostanti).

Natura della lesione	Descrizione altra natura della lesione
ALTRO... ▼	SHOCK
Sede della lesione	Descrizione altra sede della lesione
▼	

Natura della lesione	Descrizione altra natura della lesione
ALTRO... ▼	SHOCK
Sede della lesione	Descrizione altra sede della lesione
ALTRO... ▼	

Effettuati tutti i dovuti controlli, l'utente può selezionare il pulsante:

- **Cancella** per eliminare le informazioni inserite nei campi digitabili;
- **SALVA BOZZA** che, senza eseguire alcun controllo, salva i dati inseriti, ma non consente il passaggio alla pagina successiva;
- **CONTINUA** per consolidare, al netto dei controlli di obbligatorietà, le informazioni inserite consentendo il passaggio alla successiva pagina che viene automaticamente proposta a video.

## 4 ALLEGATI

Completata la compilazione ed il corretto inserimento della pagina [Infortunio](#), viene visualizzata la pagina [Allegati](#) per il caricamento dei documenti da allegare alla comunicazione di infortunio.

Per la gestione [Datori di lavoro di soggetti non assicurati INAIL](#) la compilazione di questa pagina è facoltativa per il profilo [Utente con credenziali dispositive](#) che compila la comunicazione di infortunio in qualità di [Datore di lavoro](#) ed è obbligatoria invece per chi, con il medesimo profilo utente, opera in qualità di [Delegato del datore di lavoro](#). Il medesimo obbligo sussiste per i profili [Mandatario del datore di lavoro](#) e [Delegato del mandatario](#).

Tali soggetti hanno l'obbligo di allegare alla comunicazione di infortunio la delega, nel caso di [Delegato del datore di lavoro](#), o il mandato, nel caso di [Mandatario del datore di lavoro](#) e [Delegato del mandatario](#), ricevuta/o dal datore di lavoro.

L'utente deve preliminarmente specificare la tipologia di allegato da caricare, scegliendo tra le opzioni proposte nel campo elenco [Tipologia](#). In fase di salvataggio della pagina sarà effettuato un controllo per verificare che sia stato allegato un file con tipologia *Delega/mandato*.

Selezionata la tipologia, l'utente può procedere al caricamento dell'allegato selezionando dal proprio pc il file PDF tramite il pulsante [SCEGLI IL FILE](#) e procedere con [CARICA IL FILE](#).

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio N°4401

◀ [Datore di lavoro >](#)   [2 Lavoratore >](#)   [3 Infortunio >](#)   **[4 Allegati >](#)**   [5 Riepilogo e invio >](#) ▶

### CARICAMENTO DEI DOCUMENTI DA ALLEGARE

ATTENZIONE: se stai compilando la comunicazione di infortunio in qualità di delegato o mandatario del datore di lavoro, è necessario allegare copia del documento di delega ricevuto dal datore di lavoro, comprensivo della copia fotostatica del documento di riconoscimento del delegante, selezionando nel campo Tipologia il valore "Delega/Mandato".

Tipologia

-- seleziona -- ▼

SCEGLI IL FILE


CARICA IL FILE

E' possibile allegare 1 o 2 file PDF da max 1024 KB ciascuno

< INDIETRO

CONTINUA >

Fig. 70.

Appare quindi l'elenco che riepiloga i dati del file caricato; il file è visualizzabile tramite l'icona  oppure cancellabile selezionando l'icona del [cestino](#). Si può dunque procedere, se necessario, al caricamento di un ulteriore file.

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

## Nuova Comunicazione di infortunio N°4401

[◀ Datore di lavoro >](#) [2 Lavoratore >](#) [3 Infortunio >](#) **4 Allegati >** [5 Riepilogo e invio >](#) ▶

## CARICAMENTO DEI DOCUMENTI DA ALLEGARE

ATTENZIONE: se stai compilando la comunicazione di infortunio in qualità di delegato o mandatario del datore di lavoro, è necessario allegare copia del documento di delega ricevuto dal datore di lavoro, comprensivo della copia fotostatica del documento di riconoscimento del delegante, selezionando nel campo Tipologia il valore "Delega/Mandato".

Tipologia

-- seleziona --

SCEGLI IL FILE

CARICA IL FILE

E' possibile allegare 1 o 2 file PDF da max 1024 KB ciascuno

✔ Documento caricato e salvato correttamente

## DOCUMENTI CARICATI

Nome file ▲	Dimensione ⇅	Tipologia ⇅	
ALLEGATOCOM.PDF	31 KB	Delega/mandato	 

&lt; INDIETRO

CONTINUA &gt;

Fig. 71.

**Regole per inserimento 'Allegati'****Numero di file** – massimo 2.**Formato dei file** – solo PDF non protetto.**Grandezza massima di ciascun file** – 1024 KB.**Denominazione file** – il nome non può contenere spazi.E' possibile proseguire con la compilazione selezionando il pulsante **CONTINUA**.

## 5 RIEPILOGO E INVIO

Completata la compilazione della pagina **Allegati**, viene visualizzata quella di **Riepilogo e invio** nella quale è possibile controllare i dati inseriti, scaricare l'anteprima del modulo di comunicazione compilato e procedere con l'invio della comunicazione di infortunio.

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Nuova Comunicazione di infortunio N°4644

[1 Datore di lavoro >](#)
[2 Lavoratore >](#)
[3 Infortunio >](#)
[4 Allegati >](#)
**5 Riepilogo e invio >**

DATORE DI LAVORO

LAVORATORE

INFORTUNIO

ALLEGATI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEL D.P.R. N. 445/2000

ANAGRAFICA DATORE DI LAVORO

Codice fiscale  Nome  Cognome

Data di nascita  Stato di nascita

Indirizzo  N° civico

Nazione

Recapito telefonico  Email  PEC (opzionale)

Il sottoscritto Delegato del datore di lavoro

Codice fiscale  Cognome e nome

Comune di nascita  Data di nascita  Indirizzo

Recapito telefonico  Email  PEC (opzionale)

DICHIARA sotto la propria responsabilità:

- di rendere la presente Comunicazione di infortunio ai sensi del d.p.r. n. 1124/1965 e del d.lgs. n. 81/2008 e s.m. in qualità di datore di lavoro dell'infortunato o su delega 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. 8 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), 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 Comunicazione di infortunio non siano rispondenti a verità; ovvero in qualità di delegato 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 Comunicazione di infortunio e quanto dichiarato dal datore di lavoro, il quale resta in ogni caso responsabile della loro veridicità.

Note aggiuntive (opzionale)

300 caratteri disponibili

☐ Confermo quanto sopra indicato

[< INDIETRO](#)
[Scarica l'anteprima \(PDF\)](#)
[INVIA >](#)

Fig. 72.

Aperto ciascuna delle sezioni in grigio, tramite la freccia verso il basso, è possibile visualizzare i dati inseriti e salvati nell'omonima pagina.

DATORE DI LAVORO	▼
LAVORATORE	▼
INFORTUNIO	▼
ALLEGATI	▼

Nella sezione [DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEL D.P.R. N.445/2000](#) viene visualizzata la tipologia del sottoscritto che autocertifica la dichiarazione, determinata in base alle credenziali utilizzate per l'accesso ai servizi online dell'INAIL ([Datore di lavoro](#), [Delegato del datore di lavoro](#), [Mandatario del datore di lavoro](#), [Delegato del mandatario](#)), nonché i relativi dati anagrafici presenti negli archivi dell'Istituto.

Tutti i dati, ad eccezione di [Recapito telefonico](#), [Email](#), [PEC](#) e [Note aggiuntive](#), sono automaticamente acquisiti dall'applicativo, in base alle credenziali dell'utente che si è profilato nel portale Inail, e non sono modificabili.

Se la comunicazione viene inviata dal [Delegato del datore di lavoro](#), unitamente ai campi contenenti i dati del sottoscritto, vengono visualizzati anche i campi in cui inserire le informazioni relative al datore di lavoro delegante.

**ANAGRAFICA DATORE DI LAVORO**

Codice fiscale	Nome	Cognome	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Stato di nascita		
<input type="text" value="gg/mm/aaaa"/>	-- seleziona -- ▼		
Indirizzo	N° civico		
-- seleziona -- ▼	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nazione	Provincia	Comune	CAP
ITALIA ▼	-- seleziona -- ▼	-- seleziona -- ▼	-- seleziona -- ▼
Recapito telefonico	Email	PEC (opzionale)	
es. +39065634222	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Fig. 73.

Tutti i campi sono obbligatori, ad eccezione del campo PEC, e devono essere inseriti dall'utente.

La selezione di [Scarica l'anteprima \(PDF\)](#) permette di aprire e visualizzare il modulo compilato della comunicazione di infortunio, non ancora inviata, in formato PDF. L'anteprima del modulo mostra i dati inseriti nelle pagine della comunicazione delle quali la prima, relativa all'autocertificazione, è vuota in quanto la comunicazione ancora non è ancora stata inviata.

Per procedere con l'invio della comunicazione è necessario confermare la dichiarazione selezionando il check [Confermo quanto sopra indicato](#) quindi il pulsante [INVIA](#).

Confermata ed inoltrata la comunicazione di infortunio, ne viene mostrata a video la [ricevuta di invio](#), che può essere anche salvata sul proprio pc tramite il link [Scarica la ricevuta di invio \(PDF\)](#). Nella




ricevuta a video viene visualizzato il numero identificativo assegnato automaticamente alla comunicazione inviata ([Numero Comunicazione di infortunio](#)) e la sede INAIL competente alla ricezione della comunicazione di infortunio in base al domicilio del lavoratore. Inoltre, effettuato il controllo con il codice fiscale del lavoratore e quanto inserito nei campi identificativo e data di rilascio del certificato nella sezione [Infortunio – Certificato medico](#), viene specificato se la comunicazione risulta o meno associata alla certificazione medica pervenuta all'Istituto.

È possibile scaricare il modulo PDF della comunicazione inviata tramite il link [Scarica la comunicazione inviata \(PDF\)](#).

## COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

## Nuova Comunicazione di infortunio N°1152

 Hai inviato correttamente la Comunicazione di infortunio

**Numero Comunicazione di infortunio: 1152**

La Comunicazione di infortunio è disponibile presso la sede Inail competente di PIOMBINO

**Non è stato possibile associare la comunicazione di infortunio alla certificazione medica pervenuta all'Istituto**

 Scarica la ricevuta di invio (PDF)  Scarica la comunicazione inviata (PDF)

Fig. 74.

## NUOVA COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO TRAMITE FILE

La funzione **TRAMITE FILE**, accessibile tramite il pulsante **NUOVA COMUNICAZIONE** oppure l'omonimo menu, consente l'inoltro della Comunicazione mediante upload del file in formato XML, contenente i dati richiesti secondo l'XML-Schema fornito dall'Istituto e disponibile<sup>6</sup> nel portale INAIL unitamente all'allegato tecnico contenente le specifiche ed alla ulteriore documentazione (file di esempio, tabelle tipologiche, cronologia delle versioni, ecc.).

Il file può contenere una sola Comunicazione di infortunio.

I dati da compilare online prima dell'effettivo upload del file si differenziano in base alla gestione IASPA oppure per conto dello Stato.

### Comunicazione tramite file - Gestione IASPA

#### COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

#### Nuova Comunicazione di infortunio tramite file

DATI ANAGRAFICI DITTA			
Codice ditta	Codice fiscale	Sede INAIL	
8351	BCCGNN66B48H163G	MODENA	
Cognome e nome o ragione sociale		Codice ATECO	
BOCCHIERI GIOVANNA		63111	
PAT			
[Dropdown menu]			
Data inizio	Data cessazione	Comune	Provincia

Fig. 75.

La prima sezione della pagina, dedicata ai **DATI ANAGRAFICI DITTA**, mostra i dati caricati automaticamente in base al datore di lavoro, o suo delegato, che ha effettuato l'accesso al portale oppure in relazione alla ditta in delega selezionata da un intermediario del datore di lavoro della medesima; i dati non sono modificabili. Si prosegue poi con le successive sezioni da compilare e relative: ai dati di PAT, polizza, voce di tariffa (se presente) ed unità produttiva; all'upload del file XML della Comunicazione e di uno o due eventuali allegati; all'autodichiarazione dell'utente che esegue l'invio.

Si seleziona innanzitutto la **PAT** dalla lista proposta. La pagina viene ricaricata mostrando, come nella sottostante immagine, l'elenco delle **POLIZZE** attinenti la PAT scelta.

<sup>6</sup> La documentazione tecnica ed esplicativa della Comunicazione telematica è disponibile nel portale Inail seguendo il percorso *Home > Atti e documenti > Moduli e modelli > Prevenzione > Comunicazione di infortunio*

## COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

## Nuova Comunicazione di infortunio tramite file

DATI ANAGRAFICI DITTA			
Codice ditta	Codice fiscale	Sede INAIL	
8351	BCCGNN66B48H163G	MODENA	
Cognome e nome o ragione sociale		Codice ATECO	
BOCCHIERI GIOVANNA		63111	
PAT			
011361831			
Data inizio	Data cessazione	Comune	Provincia
01/10/1997		GUIGLIA	MO
POLIZZA			
DIPENDENTI			
Settore Attività	Data inizio	Data cessazione	
DIPENDENTI	01/01/2000		

Fig. 76.

**POLIZZA VOLONTARI**

A seguito dell'entrata in vigore del *Decreto legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito con modificazioni dalla legge 11 agosto 2014, n. 114*, è possibile denunciare gli eventi lesivi dei soggetti beneficiari di forme di integrazione e sostegno del reddito coinvolti in attività di volontariato a fini di utilità sociale in favore di Comuni o enti locali.

L'art. 1 della *legge n. 208 del 28 dicembre 2015* (legge di stabilità 2016), commi da 312 a 316, ha esteso la copertura assicurativa INAIL – già prevista per i volontari impegnati in progetti di utilità sociale dal decreto legge n. 90 del 24 giugno 2014, convertito, con modificazioni dalla legge n. 114 dell'11 agosto 2014 - alle due seguenti nuove categorie di soggetti:

- detenuti e internati impegnati in attività volontarie e gratuite;
- stranieri richiedenti asilo in possesso del relativo permesso di soggiorno.

Le organizzazioni di volontariato titolari di P.A.T., accedendo alla sezione **POLIZZA** della pagina, visualizzano nell'elenco anche la tipologia di polizza **VOLONTARI**.

## COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

## Nuova Comunicazione di infortunio tramite file

DATI ANAGRAFICI DITTA			
Codice ditta	Codice fiscale	Sede INAIL	
5803452	80191770587	MODENA	
Cognome e nome o ragione sociale		Codice ATECO	
COMUNITA' S. EGIDIO - ACAP			
PAT			
022667465			
Data inizio	Data cessazione	Comune	Provincia
01/04/2016		ROMA	RM
POLIZZA			
VOLONTARI			
Settore Attività	Data inizio	Data cessazione	
VOLONTARI	01/04/2016		

Fig. 77.

**POLIZZA ALLIEVI IeFP**

L'art. 32, comma 8, del decreto legislativo n. 150/2015 ha previsto che, per gli anni 2016 e 2017, per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali degli allievi iscritti ai corsi ordinamentali di istruzione e formazione professionale curati dalle istituzioni formative e dagli istituti scolastici paritari, accreditati dalle Regioni per l'erogazione dei percorsi di istruzione e formazione professionale, è dovuto, in via sperimentale e limitatamente al predetto biennio, un premio speciale unitario ai sensi dell'articolo 42 del T.U. 1124/1965.

Le istituzioni formative e gli istituti scolastici paritari accreditati dalle Regioni per l'erogazione dei percorsi di istruzione e formazione professionali, titolari di P.A.T., accedendo alla sezione **POLIZZA** della pagina, visualizzano nell'elenco anche la nuova tipologia di Polizza **ALLIEVI IeFP**.

Nel caso in cui venga scelta la Polizza **ALTRO**, è obbligatorio selezionare una delle due opzioni previste, ovvero **Note**, che rende obbligatoria la compilazione del campo descrittivo, oppure **Lavoro accessorio (LOA)**. La scelta dell'opzione **Lavoro accessorio (LOA)** comporterà che, nel file, siano rispettati i vincoli di valorizzazione dei campi indicati nelle specifiche tecniche fornite dall'Istituto. La medesima regola di rispetto dei vincoli di valorizzazione dei campi, così come definiti nelle specifiche tecniche, vale nel caso in cui sia stata scelta la polizza **VOLONTARI** o la polizza **ALLIEVI IeFP**.

Scelta quindi la polizza desiderata dal relativo menu a tendina, la pagina visualizza di seguito le attinenti **VOCI DI TARIFFA**, se presenti, come nella seguente immagine.

## COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

## Nuova Comunicazione di infortunio tramite file

DATI ANAGRAFICI DITTA			
Codice ditta	Codice fiscale	Sede INAIL	
8351	BCCGNN66B48H163G	MODENA	
Cognome e nome o ragione sociale		Codice ATECO	
BOCCHIERI GIOVANNA		63111	
PAT			
011361831			
Data inizio	Data cessazione	Comune	Provincia
01/10/1997		GUIGLIA	MO
POLIZZA			
DIPENDENTI			
Settore Attività	Data inizio	Data cessazione	
DIPENDENTI	01/01/2000		
VOCE TARIFFA			
ADDETTI A REGISTRATORI DI CASSA ; ADDETTI A VIDEOTERMINALI ; ADDETTI A CENTRI DI			0722

Fig. 78.

Selezionata la **VOCE DI TARIFFA** dal menu a tendina, viene visualizzato la sezione contenente i dati dell'**UNITÀ PRODUTTIVA**.

La lista delle unità produttive dell'utente viene caricata automaticamente nel campo in base alla P.A.T. precedentemente selezionata e già associata a ciascuna unità produttiva tramite l'applicativo online [Dichiarazione Unità Produttiva](#).

Scelta l'unità produttiva di interesse, è possibile procedere al **CARICAMENTO DEL FILE XML** della Comunicazione di infortunio da inoltrare selezionando innanzitutto il pulsante **SCEGLI FILE** e quindi il pulsante **CARICA IL FILE**. Effettuato l'upload, nella sottostante sezione **FILE CARICATO** viene visualizzato un breve riepilogo con il **Nome file** e la sua **Dimensione** ed è possibile scaricare o cancellare tale file mediante le due apposite icone.

Con la medesima modalità si può proseguire, eventualmente, con il **CARICAMENTO DEI DOCUMENTI DA ALLEGARE** in formato PDF (figura sottostante). Effettuato l'upload, nella sottostante sezione **DOCUMENTI CARICATI** viene visualizzato un breve riepilogo con il **Nome file** e la sua **Dimensione** ed è possibile scaricare o cancellare il documento mediante le due apposite icone.

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

## Nuova Comunicazione di infortunio tramite file

**DATI ANAGRAFICI DITTA**

Codice ditta

Codice fiscale

Sede INAIL

8351

BCCGNN66B48H163G

MODENA

Cognome e nome o ragione sociale

Codice ATECO

BOCCHIERI GIOVANNA

63111

PAT

011361831

Data inizio

Data cessazione

Comune

Provincia

01/10/1997

GUIGLIA

MO

POLIZZA

DIPENDENTI

Settore Attività

Data inizio

Data cessazione

DIPENDENTI

01/01/2000

VOCE TARIFFA

ADDETTI A REGISTRATORI DI CASSA ; ADDETTI A VIDEOTERMINALI ; ADDETTI A CENTRI DI

0722

UNITÀ PRODUTTIVA

Unità produttiva in cui opera abitualmente il lavoratore

UNITA' PRODUTTIVA NON DICHIARATA

Indirizzo

ASL

Telefono

Email

PEC

CARICAMENTO FILE XML

011361831\_20181123\_000015.xml

SCEGLI IL FILE

CARICA IL FILE

FILE CARICATO

Nome file	Dimensione		
011361831_20181123_000015.xml	3.71 KB		

CARICAMENTO DEI DOCUMENTI DA ALLEGARE (opzionale)

SCEGLI IL FILE

CARICA IL FILE

DOCUMENTI CARICATI

Nome file	Dimensione		
deployment.pdf	902.80 KB		
deployment2.pdf	902.80 KB		

Fig. 79.

Nella sezione **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEL D.P.R. N.445/2000** viene innanzitutto visualizzata la tipologia del sottoscritto che autocertifica la dichiarazione, determinata in base alle credenziali utilizzate per l'accesso ai servizi online dell'INAIL (**Datore di lavoro**, **Delegato del datore di lavoro**, **Mandatario del datore di lavoro**, **Delegato del mandatario**), nonché i relativi dati anagrafici presenti negli archivi dell'Istituto.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEL D.P.R. N. 445/2000

Il sottoscritto Mandatario del datore di lavoro

Codice fiscale

Cognome e nome

OPICE PAOLA

Comune di nascita

Data di nascita

Indirizzo

ROMA

28/03/1966

TEST

Recapito telefonico

Email

PEC (opzionale)

0123456789

test@inail.it

DICHIARA sotto la propria responsabilit :

- di rendere la presente Comunicazione di infortunio ai sensi del d.p.r. n. 1124/1965 e del d.lgs. n. 81/2008 e s.m. in qualita' di datore di lavoro dell'infortunato o su delega 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, nonch  per la sottoscrizione del presente documento composto di n. 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), 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 qualita' di datore di lavoro, delle responsabilit  civili e penali alle quali andra' incontro nel caso in cui i dati forniti con la presente Comunicazione di infortunio non siano rispondenti a verita'; ovvero in qualita' di delegato o mandatario del datore di lavoro, delle responsabilit  civili e penali alle quali andra' incontro in caso di mancata corrispondenza tra i dati forniti con la presente Comunicazione di infortunio e quanto dichiarato dal datore di lavoro, il quale resta in ogni caso responsabile della loro veridicit .

Note aggiuntive (opzionale)

300 caratteri disponibili

☒ Confermo quanto sopra indicato

INVIA >

Fig. 80.

Tutti i dati riguardanti la dichiarazione, ad eccezione di **Recapito telefonico**, **Email**, **PEC**, **Note aggiuntive** e il flag di **conferma**, sono automaticamente acquisiti dall'applicativo, in base ai dati dell'utente che si   profilato nel sito INAIL e non sono modificabili.

Compilati i campi, si esegue l'upload del file tramite il pulsante **INVIA**.

Nel caso in cui il file della Comunicazione di infortunio contenesse dati non corretti o non superasse i controlli, nella pagina viene mostrato l'elenco degli errori.

## **Regole di 'Nuova Comunicazione di infortunio tramite file'**

### **CARICAMENTO DEL FILE XML**

**SCEGLI IL FILE** – il file della Comunicazione di infortunio, generato autonomamente dall'utente, deve essere:

- in formato XML secondo l'XML-Schema fornito dall'Istituto unitamente all'allegato tecnico contenente le specifiche;
- denominato secondo il pattern **numeroPAT\_GGMMAAAA\_HHMMSS.XML**, dove:
  - **numeroPAT** è il numero della Posizione Assicurativa Territoriale ed è composto da nove numeri (es. 065247893);
  - **GGMMAAAA** indicano giorno, mese, anno di invio;
  - **HHMMSS** l'ora, i minuti ed i secondi dell'invio.

### **CARICAMENTO DEI DOCUMENTI DA ALLEGARE**

**SCEGLI IL FILE** – gli eventuali allegati devono seguire le seguenti regole:

- Numero di file – massimo due;
- Formato dei file – solo PDF;
- Grandezza massima di ciascuno dei due file - 1024 KB;
- Denominazione file – il nome non può contenere spazi.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEL D.P.R. N. 445/2000**– tutti i campi con sfondo grigio scuro sono automaticamente acquisiti dall'applicativo, in base ai dati dell'utente che ha effettuato l'accesso al portale INAIL, e non sono modificabili.

**Recapito telefonico** – campo popolato automaticamente dall'applicativo, in base ai dati dell'utente che si è profilato nel sito INAIL, ma editabile.

**Email** – campo popolato automaticamente dall'applicativo, in base ai dati dell'utente che si è profilato nel sito INAIL, ma editabile. È mutuamente esclusivo con il campo **PEC**.

**PEC** - campo popolato automaticamente dall'applicativo, in base ai dati dell'utente che si è profilato nel sito INAIL, ma editabile. È mutuamente esclusivo con il campo **Email**.

**Note aggiuntive** - campo descrittivo alfanumerico di massimo 300 caratteri.

**Confermo quanto sopra indicato** – flag da selezionare per procedere all'invio del file tramite l'apposito pulsante.



## Comunicazione offline - Gestione conto Stato

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

### Nuova Comunicazione di infortunio tramite file

ANAGRAFICA AMMINISTRAZIONE STATALE			
Codice fiscale	Amministrazione statale		
80218670588	CORTE DEI CONTI DENOMINAZIONE CAMBIATA MOMENTANEAMENTE PER TEST MAC SUI		
Indirizzo		ASL	
VIA ANTONIO BAIAMONTI, 25 - 00195 - ROMA (RM) - ITALIA		ROMA 2	
Telefono	PEC		
06 3876 8124	AAGG.PREVENZIONESICUREZZA@CORTECONTICERT.IT		
STRUTTURA			
Struttura in cui opera abitualmente il lavoratore		Codice fiscale	
CORTE DEI CONTI LAZIO		80218670588	
Codice struttura	Indirizzo		
A8	VIA ANTONIO BAIAMONTI, 25 - 00195 - ROMA (RM) - ITALIA		
ASL	Telefono	PEC	
	06 3876 8124	AAGG.PREVENZIONESICUREZZA@CORTECONTICERT.IT	
Codice INAIL e Descrizione			
-- seleziona --			

Fig. 81.

La prima sezione della pagina, dedicata all'**ANAGRAFICA AMMINISTRAZIONE STATALE**, mostra i dati caricati automaticamente in base alla struttura di appartenenza del datore di lavoro, o del suo delegato, che ha effettuato l'accesso al portale; i dati non sono modificabili. Si prosegue poi con le successive sezioni da compilare e relative: ai dati della Struttura; all'upload del file XML della Comunicazione e di uno o due eventuali allegati; all'autodichiarazione dell'utente che esegue l'invio.

Scelto il **Codice INAIL e Descrizione** nella sezione **STRUTTURA**, è possibile procedere al **CARICAMENTO DEL FILE XML** della Comunicazione di infortunio da inoltrare selezionando innanzitutto il pulsante **SCEGLI FILE** e quindi il pulsante **CARICA IL FILE**. Effettuato l'upload, nella sottostante sezione **FILE CARICATO** viene visualizzato un breve riepilogo con il **Nome file** e la sua **Dimensione** ed è possibile scaricare o cancellare tale file mediante le due apposite icone.

Con la medesima modalità si può proseguire, eventualmente, con il **CARICAMENTO DEI DOCUMENTI DA ALLEGARE** in formato PDF. Effettuato l'upload, nella sottostante sezione **DOCUMENTI CARICATI** viene visualizzato un breve riepilogo con il **Nome file** e la sua **Dimensione** ed è possibile scaricare o cancellare il documento mediante le due apposite icone.

## COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

## Nuova Comunicazione di infortunio tramite file

**ANAGRAFICA AMMINISTRAZIONE STATALE**

Codice fiscale

80218670588

Amministrazione statale

CORTE DEI CONTI DENOMINAZIONE CAMBIATA MOMENTANEAMENTE PER TEST MAC SUI

Indirizzo

VIA ANTONIO BAIAMONTI, 25 - 00195 - ROMA (RM) - ITALIA

ASL

ROMA 2

Telefono

06 3876 8124

PEC

AAGG.PREVENZIONESICUREZZA@CORTECONTICERT.IT

**STRUTTURA**

Struttura in cui opera abitualmente il lavoratore

CORTE DEI CONTI LAZIO

Codice fiscale

80218670588

Codice struttura

A8

Indirizzo

VIA ANTONIO BAIAMONTI, 25 - 00195 - ROMA (RM) - ITALIA

ASL

Telefono

06 3876 8124

PEC

AAGG.PREVENZIONESICUREZZA@CORTECONTICERT.IT

Codice INAIL e Descrizione

5900 - CORTE DEI CONTI



**CARICAMENTO FILE XML**

999999999\_20180920\_000004.xml

SCEGLI IL FILE

CARICA IL FILE

**FILE CARICATO**

Nome file	Dimensione	
999999999_20180920_000004.xml	3.64 KB	 

**CARICAMENTO DEI DOCUMENTI DA ALLEGARE (OPZIONALE)**

SCEGLI IL FILE

CARICA IL FILE

**DOCUMENTI CARICATI**





Nome file	Dimensione	
deployment.pdf	902.80 KB	 
deployment2.pdf	902.80 KB	 

Fig. 82.

Nell'ultima sezione [DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEL D.P.R. N.445/2000](#) viene innanzitutto visualizzata la tipologia del sottoscritto che autocertifica la dichiarazione, determinata in base alle credenziali utilizzate per l'accesso ai servizi online dell'INAIL ([Datore di lavoro](#), [Delegato del datore di lavoro](#)), nonché i relativi dati anagrafici presenti negli archivi dell'Istituto.

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEL D.P.R. N. 445/2000

Il sottoscritto Datore di lavoro

Codice fiscale	Cognome e nome	
	VESPASIANI PAOLO	
Comune di nascita	Data di nascita	Indirizzo
	03/01/0001	
Recapito telefonico	Email	PEC (opzionale)
0123456789	test@inail.it	

DICHIARA sotto la propria responsabilit :

- di rendere la presente Comunicazione di infortunio ai sensi del d.p.r. n. 1124/1965 e del d.lgs. n. 81/2008 e s.m. in qualita' di datore di lavoro dell'infortunato o su delega 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, nonche' per la sottoscrizione del presente documento composto di n. 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), 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 qualita' di datore di lavoro, delle responsabilit  civili e penali alle quali andra' incontro nel caso in cui i dati forniti con la presente Comunicazione di infortunio non siano rispondenti a verita'; ovvero in qualita' di delegato, delle responsabilit  civili e penali alle quali andra' incontro in caso di mancata corrispondenza tra i dati forniti con la presente Comunicazione di infortunio e quanto dichiarato dal datore di lavoro, il quale resta in ogni caso responsabile della loro veridicit .

Note aggiuntive (opzionale)

300 caratteri disponibili

☒ Confermo quanto sopra indicato

[INVIA >](#)

Fig. 83.

Tutti i dati riguardanti la dichiarazione, ad eccezione di [Recapito telefonico](#), [Email](#), [PEC](#), [Note aggiuntive](#) e il flag di [conferma](#), sono automaticamente acquisiti dall'applicativo, in base ai dati dell'utente che si   profilato nel sito INAIL e non sono modificabili.

Compilati i campi, si esegue l'upload del file tramite il pulsante [INVIA](#).

Nel caso in cui il file della Comunicazione di infortunio contenesse dati non corretti o non superasse i controlli, nella pagina viene mostrato l'elenco degli errori.

## **Regole di 'Nuova Comunicazione di infortunio tramite file'**

**STRUTTURA** – tutti i campi con sfondo grigio scuro sono caricati automaticamente con le informazioni della struttura afferente l'Amministrazione Statale e non possono essere modificati.

**Codice INAIL - Descrizione** – campo elenco contenente i codici INAIL, e le relative descrizioni, afferenti la specifica struttura così come dichiarati dall'Amministrazione Statale; obbligatorio.

### **CARICAMENTO DEL FILE XML**

**SCEGLI IL FILE** – il file della Comunicazione di infortunio, generato autonomamente dall'utente, deve essere:

- in formato XML secondo l'XML-Schema fornito dall'Istituto unitamente all'allegato tecnico contenente le specifiche;
- denominato secondo il pattern **XXXXXXXXXX\_GGMMAAAA\_HHMMSS.XML**, dove:
  - XXXXXXXXXX sono nove numeri a scelta dell'utente (es. 065247893);
  - GGMMAAAA indicano giorno, mese, anno di invio;
  - HHMMSS l'ora, i minuti ed i secondi dell'invio.

### **CARICAMENTO DEI DOCUMENTI DA ALLEGARE**

**SCEGLI IL FILE** – gli eventuali allegati devono seguire le seguenti regole:

- Numero di file – massimo due;
- Formato dei file – solo PDF;
- Grandezza massima di ciascuno dei due file - 1024 KB;
- Denominazione file – il nome non può contenere spazi.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEL D.P.R. N. 445/2000** – tutti i campi con sfondo grigio scuro sono automaticamente acquisiti dall'applicativo, in base ai dati dell'utente che ha effettuato l'accesso al portale INAIL, e non sono modificabili.

**Recapito telefonico** – campo popolato automaticamente dall'applicativo, in base ai dati dell'utente che si è profilato nel sito INAIL, ma editabile.

**Email** – campo popolato automaticamente dall'applicativo, in base ai dati dell'utente che si è profilato nel sito INAIL, ma editabile. È mutuamente esclusivo con il campo **PEC**.

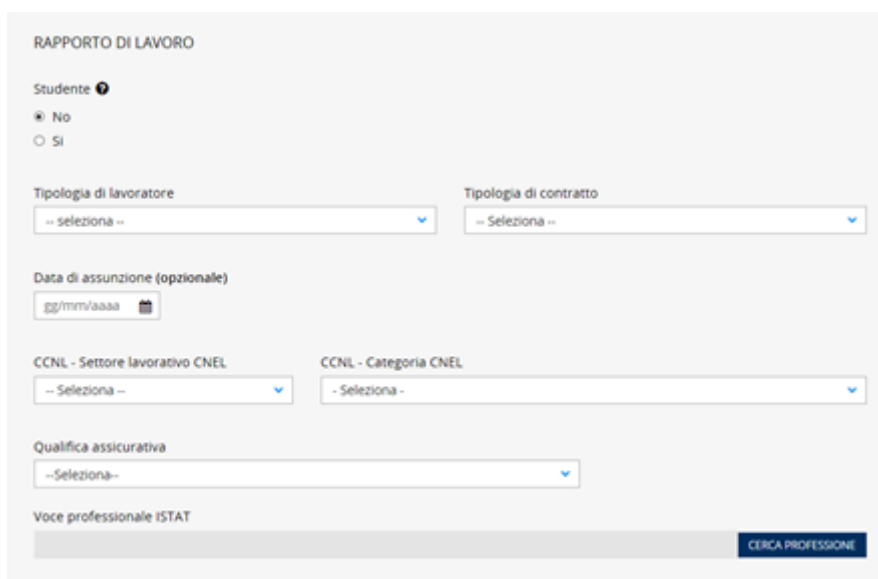
**PEC** - campo popolato automaticamente dall'applicativo, in base ai dati dell'utente che si è profilato nel sito INAIL, ma editabile. È mutuamente esclusivo con il campo **Email**.

**Note aggiuntive** - campo descrittivo alfanumerico di massimo 300 caratteri.

**Confermo quanto sopra indicato** – flag da selezionare per procedere all'invio del file tramite l'apposito pulsante.

## RICERCA PROFESSIONE ISTAT

Per impostare la Voce Professionale ISTAT nella sezione **Lavoratore – Rapporto di lavoro**, si seleziona il pulsante **CERCA PROFESSIONE**.

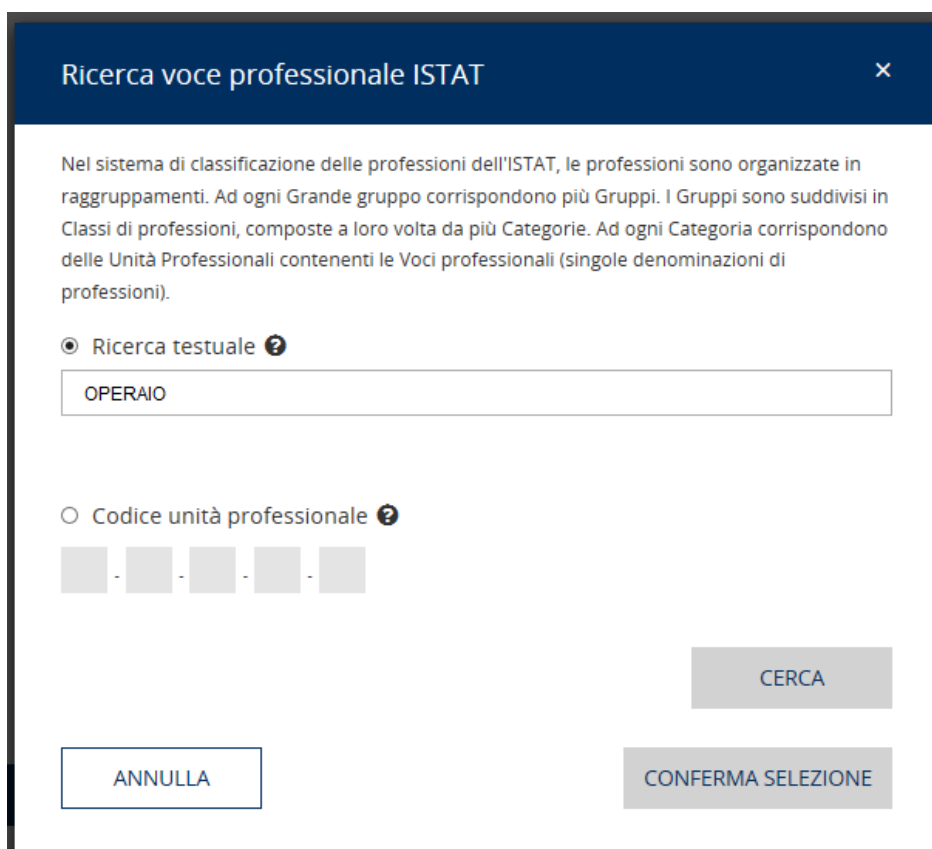


The screenshot shows a web form titled "RAPPORTO DI LAVORO". It contains several fields for data entry:

- Studente**: Radio buttons for "No" (selected) and "Si".
- Tipologia di lavoratore**: A dropdown menu with "-- seleziona --".
- Tipologia di contratto**: A dropdown menu with "-- Seleziona --".
- Data di assunzione (opzionale)**: A date input field with a calendar icon.
- CCNL - Settore lavorativo CNEL**: A dropdown menu with "-- Seleziona --".
- CCNL - Categoria CNEL**: A dropdown menu with "-- Seleziona --".
- Qualifica assicurativa**: A dropdown menu with "--Seleziona--".
- Voce professionale ISTAT**: A text input field.
- CERCA PROFESSIONE**: A blue button at the bottom right.

Viene quindi caricata la pagina, mostrata nella sottostante immagine, nella quale è possibile individuare la professione tramite la [Ricerca testuale](#), ovvero utilizzando l'apposito campo che accetta una o più parole, intere o parziali (almeno tre caratteri), oppure tramite il [Codice unità professionale](#), ovvero inserendo il codice numerico del livello precedente alle 'Voci Professionali ISTAT'.

Utilizziamo la **Ricerca testuale** inserendo, ad esempio, la professione *operaio*.



The screenshot shows a dialog box titled "Ricerca voce professionale ISTAT". It contains the following elements:

- Text description**: A paragraph explaining the ISTAT classification system: "Nel sistema di classificazione delle professioni dell'ISTAT, le professioni sono organizzate in raggruppamenti. Ad ogni Grande gruppo corrispondono più Gruppi. I Gruppi sono suddivisi in Classi di professioni, composte a loro volta da più Categorie. Ad ogni Categoria corrispondono delle Unità Professionali contenenti le Voci professionali (singole denominazioni di professioni)."
- Search methods**: Two radio buttons: "Ricerca testuale" (selected) and "Codice unità professionale".
- Text input**: A field containing the word "OPERAIO" under the "Ricerca testuale" option.
- Code input**: Five empty boxes for digits under the "Codice unità professionale" option.
- Buttons**: "CERCA" (blue), "ANNULLA" (white with blue border), and "CONFERMA SELEZIONE" (grey).

Fig. 84.

Selezionato il pulsante **CERCA**, che si attiva colorandosi di blu all'inserimento di almeno 3 caratteri nel campo di ricerca testuale, viene proposto l'elenco dei **Grandi gruppi professionali** (vedi figura seguente).

Ricerca voce professionale ISTAT

Nel sistema di classificazione delle professioni dell'ISTAT, le professioni sono organizzate in raggruppamenti. Ad ogni Grande gruppo corrispondono più Gruppi. I Gruppi sono suddivisi in Classi di professioni, composte a loro volta da più Categorie. Ad ogni Categoria corrispondono delle Unità Professionali contenenti le Voci professionali (singole denominazioni di professioni).

☒ Ricerca testuale

☐ Codice unità professionale

OPERAIO

CERCA

Hai cercato: OPERAIO

Grande gruppo professionale

-seleziona-

6 - ARTIGIANI, OPERAI SPECIALIZZATI E AGRICOLTORI

8 - PROFESSIONI NON QUALIFICATE

Unità professionale

- seleziona -

Voce professionale ISTAT

- seleziona -

Non c'è la voce professionale che cerchi?

Prova tra le Unità professionali affini classificate altrove

- seleziona -

ANNULLA

CONFERMA SELEZIONE

Fig. 85.

Selezionato il **Grande gruppo professionale** di interesse dalla lista (ad esempio il *Grande gruppo 6*, come nell'immagine seguente), si clicca il sottostante pulsante **CONFERMA SELEZIONE**.

INAIL

Manuale utente comunicazione d'infortunio telematica

150

Appare dunque l'elenco delle [Unità professionali](#), riferite al [Grande gruppo professionale](#) scelto, contenenti nella descrizione le parole precedentemente indicate oppure correlate ad almeno una 'Voce professionale' che abbia le stesse caratteristiche.

Ricerca voce professionale ISTAT

Nel sistema di classificazione delle professioni dell'ISTAT, le professioni sono organizzate in raggruppamenti. Ad ogni Grande gruppo corrispondono più Gruppi. I Gruppi sono suddivisi in Classi di professioni, composte a loro volta da più Categorie. Ad ogni Categoria corrispondono delle Unità Professionali contenenti le Voci professionali (singole denominazioni di professioni).

☒ Ricerca testuale

☐ Codice unità professionale

OPERAIO

-

-

-

-

CERCA

Hai cercato: operaio

Grande gruppo professionale

6 - ARTIGIANI, OPERAI SPECIALIZZATI E AGRICOLTORI

Unità professionale

- seleziona -

6.3.1.1.0 - Meccanici di precisione

6.3.2.4.0 - Pittori e decoratori su vetro e ceramica

6.4.1.4.0 - Agricoltori e operai agricoli specializzati di colture miste

6.5.1.3.2 - Gelatai

6.5.1.3.3 - Conservieri

6.5.1.5.0 - Artigiani ed operai specializzati delle lavorazioni artigianali casearie

6.5.3.2.3 - Tintori e addetti al trattamento chimico dei tessuti

6.5.5.1.0 - Macchinisti ed attrezzisti di scena

Prova tra le Unità professionali affini classificate altrove

- seleziona -

ANNULLA

CONFERMA SELEZIONE

Fig. 86.

Selezionata l'[Unità professionale](#) di interesse dalla lista (ad esempio l'unità 6.5.1.3.3, come nell'immagine sottostante), si clicca il sottostante pulsante [CONFERMA SELEZIONE](#).

Viene proposta quindi la lista delle [Voci professionali ISTAT](#) correlate alla [Unità professionale](#) prescelta.

INAIL

Manuale utente comunicazione d'infortunio telematica

151

## Ricerca voce professionale ISTAT



Nel sistema di classificazione delle professioni dell'ISTAT, le professioni sono organizzate in raggruppamenti. Ad ogni Grande gruppo corrispondono più Gruppi. I Gruppi sono suddivisi in Classi di professioni, composte a loro volta da più Categorie. Ad ogni Categoria corrispondono delle Unità Professionali contenenti le Voci professionali (singole denominazioni di professioni).

☒ Ricerca testuale

OPERAIO

☐ Codice unità professionale

□ - □ - □ - □ - □

CERCA

Hai cercato: **operaio**

Grande gruppo professionale

6 - ARTIGIANI, OPERAI SPECIALIZZATI E AGRICOLTORI

Unità professionale

6.5.1.3.3 - Conservieri

Voce professionale ISTAT

- seleziona -

6.5.1.3.3.1 - accoppiatore di fichi

6.5.1.3.3.2 - cernitore di frutta per marmellate

6.5.1.3.3.3 - coloritore di frutta

6.5.1.3.3.4 - conserviere artigiano di frutta e verdura

6.5.1.3.3.5 - conserviere di frutta

6.5.1.3.3.6 - conserviere di verdure

6.5.1.3.3.7 - operaio specializzato nella conservazione di frutta e verdura

ANNULLA

CONFERMA SELEZIONE

Fig. 87.

Se nella lista è presente una **Voce professionale ISTAT** corrispondente alla professione svolta dal lavoratore (ad esempio la **6.5.1.3.3.3 - coloritore di frutta**, come nell'immagine superiore), si seleziona la Voce professionale e quindi il pulsante **CONFERMA SELEZIONE**.



## Ricerca voce professionale ISTAT



Nel sistema di classificazione delle professioni dell'ISTAT, le professioni sono organizzate in raggruppamenti. Ad ogni Grande gruppo corrispondono più Gruppi. I Gruppi sono suddivisi in Classi di professioni, composte a loro volta da più Categorie. Ad ogni Categoria corrispondono delle Unità Professionali contenenti le Voci professionali (singole denominazioni di professioni).

☒ Ricerca testuale

OPERAIO

☐ Codice unità professionale

■ - ■ - ■ - ■ - ■

CERCA

Hai cercato: **operaio**

Grande gruppo professionale

6 - ARTIGIANI, OPERAI SPECIALIZZATI E AGRICOLTORI

Unità professionale

6.5.1.3.3 - Conservieri

Voce professionale ISTAT

6.5.1.3.3.3 - coloritore di frutta

Non c'è la voce professionale che cerchi?

Prova tra le Unità professionali affini classificate altrove

- seleziona -

ANNULLA

CONFERMA SELEZIONE

Fig. 88.

Effettuata la conferma, si ritorna automaticamente alla precedente pagina [Lavoratore](#) dove, nella sezione [Rapporto di lavoro](#), il campo [Voce professionale ISTAT](#) risulta compilato con la relativa scelta effettuata (ovvero *coloritore di frutta*).

Qualora tra le [Voci professionali ISTAT](#) selezionabili non sia presente quella di interesse, è possibile estendere la ricerca all'interno di una delle proposte [Unità professionali affini classificate altrove](#)

presenti nel campo elenco sotto il testo *'Non c'è la voce professionale che cerchi? Prova tra le Unità professionali affini classificate altrove'*.

Ricerca voce professionale ISTAT

Nel sistema di classificazione delle professioni dell'ISTAT, le professioni sono organizzate in raggruppamenti. Ad ogni Grande gruppo corrispondono più Gruppi. I Gruppi sono suddivisi in Classi di professioni, composte a loro volta da più Categorie. Ad ogni Categoria corrispondono delle Unità Professionali contenenti le Voci professionali (singole denominazioni di professioni).

☒ Ricerca testuale

OPERAIO

☐ Codice unità professionale

-  -  -  -

CERCA

Hai cercato: operaio

Grande gruppo professionale

6 - ARTIGIANI, OPERAI SPECIALIZZATI E AGRICOLTORI

Unità professionale

6.5.1.3.3 - Conservieri

Voce professionale ISTAT

- seleziona -

Non c'è la voce professionale che cerchi?  
Prova tra le Unità professionali affini classificate altrove

- seleziona -

7.3.2.4.2 - Conduttori di macchinari per la conservazione di frutta e verdura

ANNULLA

CONFERMA SELEZIONE

Fig. 89.

In questo caso, si avrà un nuovo elenco di Voci professionali, correlate alla [Unità professionale affine](#) scelta, tra le quali effettuare la selezione proseguendo con la conferma.

Selezionato quindi il pulsante [CONFERMA SELEZIONE](#), l'applicativo ritorna automaticamente alla precedente pagina [Lavoratore](#) dove, nella sezione [Rapporto di lavoro](#), il campo [Voce professionale ISTAT](#) risulta compilato con la relativa scelta effettuata (ovvero *conduttori di macchinari per la conservazione di frutta e verdura*).

Utilizziamo adesso la ricerca per **Codice unità professionale**.

Inserito il codice della **Unità professionale** e selezionato il pulsante **CERCA**, è subito disponibile la lista delle **Voci Professionali ISTAT**, come mostrato nell'immagine sottostante, da cui procedere con la navigazione analoga alla precedente modalità di ricerca testuale.

Ricerca voce professionale ISTAT

Nel sistema di classificazione delle professioni dell'ISTAT, le professioni sono organizzate in raggruppamenti. Ad ogni Grande gruppo corrispondono più Gruppi. I Gruppi sono suddivisi in Classi di professioni, composte a loro volta da più Categorie. Ad ogni Categoria corrispondono delle Unità Professionali contenenti le Voci professionali (singole denominazioni di professioni).

☐ Ricerca testuale ?

Inserisci un termine di almeno 3 caratteri. Non sono ammessi caratteri speciali.

☒ Codice unità professionale ?

7

-

2

-

6

-

3

-

0

CERCA

Hai cercato: 7.2.6.3.0

Grande gruppo professionale

7 - CONDUTTORI DI IMPIANTI, OPERAI DI MACCHINARI FISSI E MOBILI E CONDL ▼

Unità professionale

7.2.6.3.0 - Operai addetti a macchinari industriali per confezioni di abbigliamenti ▼

Voce professionale ISTAT

- seleziona - ▼

ANNULLA

CONFERMA SELEZIONE

Fig. 90.

### Visualizza Nomenclatura e Classificazione

Il pulsante consente la visualizzazione della struttura classificativa dei cinque livelli dai quali deriva la relativa **Voce Professionale ISTAT** scelta e visualizzata nell'omonimo campo. L'immagine sottostante si riferisce alla classificazione relativa alla Voce professionale scelta nell'esempio

(*tagliatore a macchina per produzione in serie di abbigliamento*) e connessa alla ricerca della professione operaio.

Classificazione e nomenclatura		×
Voce Professionale ISTAT selezionata		
tagliatore a macchina per produzione in serie di abbigliamento		
CODICE	NOMENCLATURA	
7	<b>Grande gruppo professionale</b> CONDUTTORI DI IMPIANTI, OPERAI DI MACCHINARI FISSI E MOBILI E CONDUCENTI DI VEICOLI	
7.2	<b>Gruppo professionale</b> Operai semiqualeficati di macchinari fissi per la lavorazione in serie e operai addetti al montaggio	
7.2.6	<b>Classe professionale</b> Operai addetti a macchinari dell'industria tessile, delle confezioni ed assimilati	
7.2.6.3	<b>Categoria professionale</b> Operai addetti a macchinari industriali per confezioni di abbigliamento in stoffa e assimilati	
7.2.6.3.0	<b>Unità Professionale</b> Operai addetti a macchinari industriali per confezioni di abbigliamento in stoffa e assimilati	

Fig. 91.

## COMUNICAZIONI DI INFORTUNIO INVIATE

Questa funzione del [menu Utente](#) permette la consultazione di tutte le comunicazioni di infortunio inviate (online, tramite file o tramite porta di dominio), la successiva visualizzazione di modulo e ricevuta di ciascuna e la loro stampa. Viene attivata con l'inserimento dei parametri di ricerca e con la successiva selezione del pulsante [CERCA](#).

### COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

#### Comunicazioni inviate

Questa pagina raccoglie tutte le comunicazioni di infortunio inviate ad INAIL.

Clicca sulla comunicazione che ti interessa Per visualizzare dettagli, scaricare moduli e ricevuta.

Il form di ricerca, intitolato "RICERCA", è organizzato in due righe di campi di input. La prima riga include: "Codice PAT" (menu a tendina con "Tutte le PAT" selezionato), "Lavoratore" (campo di testo con placeholder "Codice fiscale oppure Cognome e nome") e "N° Comunicazione" (campo di testo con placeholder "Es. 123456"). La seconda riga include: "Data Invio" (con campi "Dal" e "al" e icone calendario) e "Data Evento" (con campi "Dal" e "al" e icone calendario). In basso a destra ci sono i pulsanti "CERCA" (in blu scuro) e "Azzera" (in blu chiaro).

Fig. 92.

La ricerca si articola valorizzando uno o più dei seguenti parametri:

- [Codice PAT](#), per la gestione IASPA, oppure [Codice PAN](#), per la gestione Navigazione: parametri presenti solo in caso di una delle due gestioni;
- [Lavoratore](#), da valorizzare con il codice fiscale del lavoratore oppure cognome e nome, nell'ordine indicato;
- [N° Comunicazione](#), numero progressivo assegnato alla comunicazione inviata;
- [Data Invio](#), periodo temporale entro cui è stata inviata la comunicazione;
- [Data Evento](#), periodo temporale entro cui è avvenuto l'infortunio.

Inseriti il parametro di ricerca e selezionato il pulsante [CERCA](#), appare l'elenco di una o più comunicazioni inviate con i seguenti dati:

- [N. comunicazione](#), il numero progressivo assegnato alla comunicazione inviata;
- [Lavoratore](#), contenente cognome e nome del lavoratore;
- [Data invio](#), data in cui è stata inviata la comunicazione.

Inoltre, selezionando la freccia verso il basso posta sulla destra dei dati in elenco, è possibile visualizzare ulteriori dati di dettaglio, ovvero:

- [Data evento](#), data dell'infortunio;
- [PAT](#) (solo per la gestione IASPA) oppure [PAN](#) (solo per la gestione Navigazione);
- [Modalità invio](#), online o PDD;
- [Scarica ricevuta invio \(PDF\)](#), selezionando il quale è possibile scaricare il modulo PDF della ricevuta di invio della comunicazione;
- [Scarica comunicazione inviata \(PDF\)](#), tramite il quale è possibile scaricare il modulo PDF della comunicazione inviata.

- [Converti in denuncia](#), tramite il quale è possibile convertire la comunicazione inviata in denuncia. Effettuata la conversione, un messaggio in colore verde specifica il numero progressivo assegnato alla denuncia. Per il completamento e l'invio di tale denuncia è necessario accedere al servizio online [Denuncia/comunicazione di infortunio](#) e selezionarla tra quelle in lavorazione in modo da inserire gli ulteriori dati necessari al suo inoltro.

#### COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

### Comunicazioni inviate

Questa pagina raccoglie tutte le comunicazioni di infortunio inviate ad INAIL.

Clicca sulla comunicazione che ti interessa Per visualizzare dettagli, scaricare moduli e ricevuta.

#### RICERCA

Codice PAT  
Tutte le PAT

Lavoratore  
Codice fiscale oppure Cognome e nome

N° Comunicazione  
Es. 123456

Data Invio  
Dal 01/07/2018 al 29/07/2018

Data Evento  
Dal gg/mm/aaaa al gg/mm/aaaa

CERCA

Azzera

Elementi per pagina 10

N°Comunicazione	Lavoratore	Data invio	
1184	PDD SECONDO	03/07/2018	▼
1221	PDD PRIMO	03/07/2018	▼
1301	PAESE LIMA	11/07/2018	▲

Data evento  
11/07/2018

PAT  
011361831

Modalità invio  
ONLINE

Scarica ricevuta invio (PDF)

Scarica comunicazione inviata (PDF)

Converti in denuncia

Fig. 93.

L'immagine che segue mostra il messaggio in colore verde con il numero progressivo assegnato alla denuncia in bozza creata dopo aver selezionato la funzione [Converti in denuncia](#) in corrispondenza della comunicazione di infortunio inviata e ricercata.

## Comunicazioni inviate

Questa pagina raccoglie tutte le comunicazioni di infortunio inviate ad INAIL.

Clicca sulla comunicazione che ti interessa Per visualizzare dettagli, scaricare moduli e ricevuta.

✓ Creata denuncia in bozza n. 8558884

### RICERCA

Codice PAT

Tutte le PAT

Lavoratore

Codice fiscale oppure Cognome e nome

N°Comunicazione

3468

Data Invio

Dal

gg/mm/aaaa

al

gg/mm/aaaa

Data Evento

Dal

gg/mm/aaaa

al

gg/mm/aaaa

Data Invio PEC

Dal

gg/mm/aaaa

al

gg/mm/aaaa

CERCA

Azzera

Elementi per pagina

10

N°Comunicazione ▲

Lavoratore ▲

Data invio ▲

3468

UNO COLLAUDO

07/03/2018

Data evento

13/02/2018

PAT

021080968

Modalità invio

ONLINE

📄 Scarica ricevuta invio (PDF)

📄 Scarica comunicazione inviata (PDF)

📄 Converti in denuncia

Fig. 94.

## RICERCA CERTIFICATI MEDICI

Questa funzione del [menu Utente](#) permette la ricerca e la visualizzazione dei certificati medici di infortunio tramite l'inserimento dei parametri di ricerca e la successiva selezione del tasto [CERCA](#).

La funzione prevede due distinte modalità di ricerca:

- Ricerca singolo certificato medico di infortunio
- Ricerca lista certificati medici di infortunio associati a comunicazione e/o denuncia

### RICERCA SINGOLO CERTIFICATO

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Ricerca certificati medici

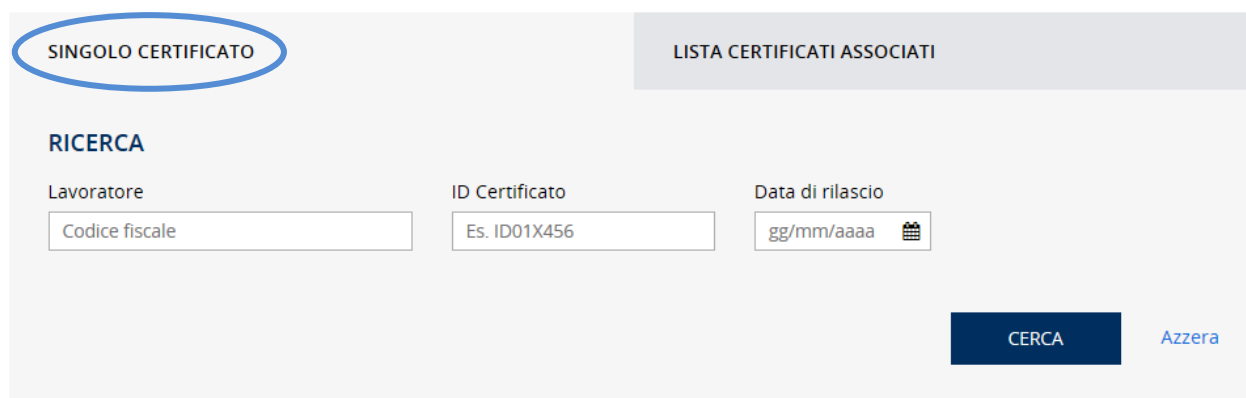


Fig. 95.

È possibile ricercare e visualizzare un singolo certificato medico di infortunio pervenuto all'Istituto tramite i seguenti parametri, tutti obbligatori:

- [Lavoratore](#) – da valorizzare con il codice fiscale del lavoratore infortunato;
- [Identificativo certificato](#) – numero progressivo assegnato al certificato medico di infortunio da Inail, in caso di inoltro telematico del certificato all'Istituto, o da medico/struttura. **ATTENZIONE:** il valore dell'identificativo deve essere inserito così come presente sul certificato medico. Ad esempio, se il certificato medico riporta il numero identificativo **000000101**, questo valore deve essere inserito nel campo anche con gli zeri iniziali;
- [Data di rilascio](#) - da valorizzare con la data in cui il certificato medico di infortunio è stato rilasciato da medico/struttura ospedaliera.

Inseriti tutti i parametri di ricerca e selezionato il pulsante [CERCA](#), appare il dettaglio del certificato medico di infortunio, con i seguenti dati:

- [Identificativo INAIL](#), numero progressivo assegnato da INAIL al certificato medico di infortunio all'atto del suo invio telematico;
- [Identificativo medico/struttura](#), numero progressivo assegnato dal medico/struttura ospedaliera al certificato medico di infortunio;
- [Data di rilascio](#), data in cui il certificato medico di infortunio è stato rilasciato da medico/struttura ospedaliera;
- [Lavoratore](#), cognome e nome del lavoratore infortunato.

Inoltre, selezionando la freccia verso il basso posta sulla destra dei dati in elenco, è possibile visualizzare ulteriori dati di dettaglio, ovvero:

- [Data acquisizione in INAIL](#) del certificato medico;



- [Tipo certificato](#), primo, continuativo o definitivo;
- [N° Comunicazione](#), numero progressivo INAIL della comunicazione di infortunio eventualmente associata al certificato medico;
- [N° Denuncia](#), numero progressivo INAIL della denuncia di infortunio eventualmente associata al certificato medico;
- [Scarica certificato medico \(PDF\)](#), selezionando il quale è possibile scaricare la copia del certificato medico per il datore di lavoro.

#### COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

### Ricerca certificati medici

SINGOLO CERTIFICATO

LISTA CERTIFICATI ASSOCIATI

RICERCA

Lavoratore

ID Certificato

Data di rilascio

CRTCNQ70M02H282J

4043643

24/02/2017

CERCA

Azzera

Elementi per pagina

10

Identificativo INAIL	Identificativo medico/struttura	Data di rilascio	Lavoratore
4043643	20170308-01	24/02/2017	ROSSI MARIO

Data acquisizione in INAIL

Tipo certificato

N° Comunicazione

N° Denuncia

08/03/2017

Definitivo

Scarica certificato medico (PDF)

Fig. 96.

## LISTA CERTIFICATI MEDICI DI INFORTUNIO ASSOCIATI A COMUNICAZIONE E/O DENUNCIA

Selezionando il tab [LISTA CERTIFICATI ASSOCIATI](#), è possibile ricercare e visualizzare la lista dei certificati medici di infortunio associati ad una comunicazione e/o a una denuncia di infortunio tramite i seguenti parametri:

- [Lavoratore](#), parametro obbligatorio da valorizzare con il codice fiscale del lavoratore oppure con cognome e nome. NOTA: nel secondo caso, valorizzare il campo inserendo nell'ordine prima il cognome e poi il nome, e/o
- [Data evento](#) e/o
- [Data di rilascio del certificato](#), da valorizzare con un periodo temporale (Dal – Al) entro cui il certificato medico di infortunio è stato rilasciato da medico/struttura ospedaliera.

Inseriti i parametri di ricerca e selezionato il pulsante [CERCA](#), appare l'elenco dei certificati medici di infortunio, con i seguenti dati:

- [Lavoratore](#), cognome e nome del lavoratore infortunato;

- [Data di rilascio](#), data in cui il certificato medico di infortunio è stato rilasciato da medico/struttura ospedaliera;
- [Identificativo INAIL](#), numero progressivo assegnato da INAIL al certificato medico di infortunio all'atto del suo invio telematico;
- [Identificativo da medico/struttura](#), numero progressivo assegnato dal medico/struttura ospedaliera al certificato medico di infortunio.

Inoltre, aprendo l'accordione è possibile visualizzare ulteriori dati di dettaglio, ovvero:

- [Data acquisizione in INAIL](#) del certificato medico;
- [Tipo certificato](#), primo, continuativo o definitivo;
- [N° Comunicazione](#), numero progressivo INAIL della comunicazione di infortunio eventualmente associata al certificato medico;
- [N° Denuncia](#), numero progressivo INAIL della denuncia di infortunio eventualmente associata al certificato medico;
- Link [Scarica certificato medico \(PDF\)](#), tramite il quale è possibile scaricare la copia del certificato medico per il datore di lavoro.

#### COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

### Ricerca certificati medici

SINGOLO CERTIFICATO

LISTA CERTIFICATI ASSOCIATI

FILTRA PER

Lavoratore

CRTDUE47L17H501N

Data evento

gg/mm/aaaa

Periodo di rilascio del certificato

Dal

gg/mm/aaaa

al

gg/mm/aaaa

CERCA

Azzera

Elementi per pagina

10

Lavoratore	Data di rilascio	Identificativo INAIL	Identificativo Medico/Struttura
CERTIFICATO DUE	03/03/2017	4043640	D20170303-01

Data acquisizione in INAIL

03/03/2017

Tipo certificato

PRIMO

N° Comunicazione

856

N° Denuncia

8553705

Scarica certificato medico (PDF)

Fig. 97.

## COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO, TRAMITE PORTA DI DOMINIO, IN COOPERAZIONE APPLICATIVA

Tutte le informazioni relative alla cooperazione applicativa sono pubblicamente reperibili nel sito Inail seguendo il percorso [Home > Istituto > Innovazione digitale > Cooperazione applicativa](#). Dalle funzioni del menù dedicato è inoltre possibile reperire ulteriori informazioni sull'argomento.

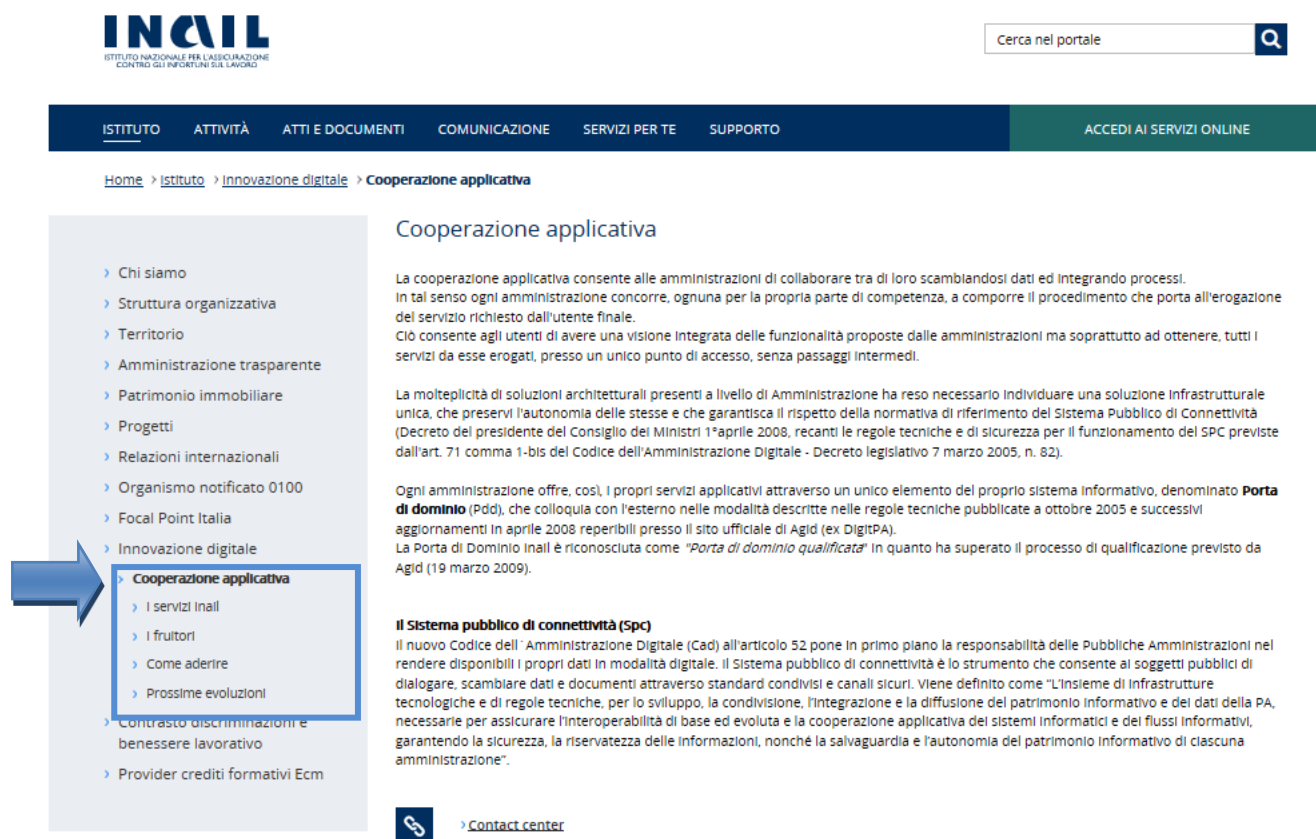


Fig. 98.

Segue quanto scritto in [Come aderire](#):

Le modalità di attivazione di un servizio di cooperazione applicativa sono ben definite e si articolano in due momenti formali che spiegano gli aspetti amministrativi e tecnici del servizio:

- Sottoscrizione dell'[Accordo per Adesione](#), in cui l'ente/azienda si impegna a seguire le condizioni generali dettate da Inail per la fruizione del servizio (atto amministrativo);
- Consegna di INAIL dell'[Accordo di Servizio](#), così come dettato dalle regole tecniche di AGID (ex DigitPA). In esso sono definite le funzionalità del servizio, le interfacce di scambio dei messaggi, i requisiti di qualità e di sicurezza (atto tecnico).

Gli enti/aziende che desiderano aderire ai servizi, o semplicemente vogliono avere ulteriori informazioni su quanto predisposto da Inail nell'ambito della cooperazione applicativa, possono contattare l'Istituto al seguente indirizzo:

[cooperazioneapplicativa@inail.it](mailto:cooperazioneapplicativa@inail.it)

È importante che nell'email vengano indicate almeno le seguenti informazioni:

1. L'ente/azienda interessato,
2. Le esigenze,
3. Le finalità che motivano la richiesta,
4. Nome e cognome di chi fa la richiesta con recapito telefonico.

## MENU UTILITA'

Le voci presenti nel menu **Utilità** sono le seguenti:

- **Classificazione delle Professioni – CP2011:** accesso alla pagina del portale INAIL contenente, oltre alla classificazione delle professioni CP2011 realizzata secondo il modello ISTAT, le tabelle di decodifica da consultare in caso di necessità durante la compilazione online oppure utilizzare, solo in caso di gestione IASPA o conto Stato, per l'invio della Comunicazione tramite file. La pagina è raggiungibile nel portale INAIL seguendo il percorso [Atti e documenti > Moduli e modelli > Prevenzione > Comunicazione di infortunio > Tabelle di decodifica](#);
- **Riferimenti normativi:** accesso all'elenco dei riferimenti normativi;
- **Manuale utente e documentazione:** accesso alla pagina del portale INAIL contenente la documentazione tecnica ed esplicativa dell'applicativo;
- **Le guide di compatibilità tipologiche in base alle gestioni:** le guide contengono le possibili associazioni dei dati in oggetto proposte e verificate dall'applicativo in base alle gestioni (IASPA, Conto Stato, Navigazione, Agricoltura). Il link consente l'accesso alla pagina del portale INAIL nella quale, oltre alla classificazione delle professioni CP2011 realizzata secondo il modello ISTAT, sono disponibili le tabelle di decodifica da consultare in caso di necessità durante la compilazione online oppure utilizzare, solo in caso di gestione IASPA o conto Stato, per l'invio della Comunicazione tramite file.

## CLASSIFICAZIONE DELLE PROFESSIONI – CP2011

### ISTAT i 6 livelli professionali

K7 : ✕ ✓ fx 1.1.1.2.0.1											
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	Classificazione e nomenclatura delle Professioni (ISTAT CP2011)										
2	Le professioni sono organizzate da ISTAT in sei raggruppamenti. Ad ogni Grande Gruppo Professionale corrispondono più Gruppi professionali. I Gruppi sono suddivisi in Classi di professioni, composte a loro volta da più Categorie Professionali. Ad ogni Categoria corrispondono delle Unità Professionali contenenti le Voci professionali (singole denominazioni di professioni).										
Codice Grande Gruppo	Descrizione Grande Gruppo Prof.le	Codice Gruppo Prof.le	Descrizione Gruppo Prof.le	Codice Classe Prof.le	Descrizione Classe Prof.le	Codice Categoria Prof.le	Descrizione Categoria Prof.le	Codice Unità Prof.le	Descrizione Unità Prof.le	Codice Voce Prof.le	Descrizione Voce Prof.le
1	LEGISLATORI, IMPRENDITORI E ALTA DIRIGENZA	1.1	Membri dei corpi legislativi e di governo, dirigenti ed equiparati dell'amministrazione pubblica, nella magistratura, nei servizi di sanità, istruzione e ricerca e nelle organizzazioni di interesse nazionale e sovranazionale.	1.1.1	Membri di organismi di governo e di assemblee con potestà legislativa e regolamentare	1.1.1.1	Membri di organismi di governo e di assemblee con potestà legislativa e regolamentare a livello nazionale	1.1.1.1.0	Membri di organismi di governo e di assemblee nazionali con potestà legislativa e regolamentare	1.1.1.1.0.1	membro del consiglio dei ministri
										1.1.1.1.0.2	membro del senato
										1.1.1.1.0.3	membro della camera dei deputati
										1.1.1.2.0.1	membro del consiglio regionale
										1.1.1.2.0.2	membro della giunta di Provincia autonoma
										1.1.1.2.0.3	membro della giunta regionale
										1.1.1.2.0.4	membro di consiglio di Provincia autonoma
										1.1.1.2.0.5	presidente della giunta
										1.1.1.2.0.6	presidente di Provincia
										1.1.1.3.0.1	membro del consiglio provinciale
										1.1.1.3.0.2	membro della giunta provinciale
										1.1.1.3.0.3	presidente della giunta provinciale
										1.1.1.4.0.1	membro del consiglio comunale
ISTAT i 6 livelli professionali Voci Professionali-6°livello Unità Prof.li affini											

Fig. 99.

## Voci professionali – 6° livello

A		B	
1	Le "Voci professionali" - sesto livello dell'albero professionale		
2	<b>Voce Professionale</b>	<b>Descrizione Voce Professionale</b>	
3	9.3.1.1.0.1	1° aviere capo	
4	9.3.1.1.0.2	1° aviere capo scelto	
5	9.3.1.1.0.3	1° aviere scelto	
6	9.2.1.1.0.1	2° capo	
7	9.2.1.1.0.2	2° capo scelto	
8	2.5.6.1.0.1	abate	
9	7.1.8.2.0.1	abbadatore ai forni gill	
10	6.4.4.1.1.1	abbattitore di alberi	
11	6.5.1.1.1.1	abbattitore di animali	
12	6.4.4.1.1.2	abbattitore di piante	
13	7.1.1.1.0.4	abbattitore di pietra e minerali	
14	7.3.2.3.1.1	abburratore (macinazione di cereali)	
15	6.1.1.2.0.1	abrasivista	
16	5.4.5.2.0.1	accalappiacani	
17	4.1.1.3.0.1	accettatore di documenti	
18	8.3.2.2.0.1	accompagnatore di bestiame	
19	8.3.2.2.0.2	accompagnatore di bestiame da soma	
20	5.4.4.3.0.1	accompagnatore di invalido	
21	3.4.1.5.1.1	accompagnatore di montagna	
22	3.4.1.5.1.2	accompagnatore di trekking	
23	5.2.3.2.0.1	accompagnatore su bus turistici	
24	5.2.3.2.0.2	accompagnatore turistico	
25	5.2.3.2.0.3	accompagnatore urbano	
26	5.4.3.1.0.1	acconciatore per signora	
27	5.4.3.1.0.2	acconciatore per uomo	
ISTAT i 6 livelli professionali		Voci Professionali-6°livello	Unità Prof.li affini

Fig. 100.

## Unità professionali affini

B2	Descrizione Unità Prof.le			
	A	B	C	D
Qualora nelle "Unità Professionali" sotto elencate non sia presente la "Voce professionale" di interesse, è possibile estendere la ricerca all'interno di una delle "Unità professionali affini classificate altrove" qui correlata. In questo caso, si potrà scegliere dall'elenco di "Voci professionali" correlate alla "Unità professionale affine" scelta, tra le quali effettuare la selezione.				
1				
2	Codice Unità Prof.le	Descrizione Unità Prof.le	Codice Unità Prof.le Affine	Descrizione Unità Prof.le Affine
3	1.1.1.1.0	Membri di organismi di governo e di assemblee nazionali con potestà legislativa e regolamentare	1.1.1.2.0	Membri di organismi di governo e di assemblee regionali e di Province autonome con potestà legislativa e regolamentare
4			1.1.1.3.0	Membri di organismi di governo e di assemblee provinciali con potestà regolamentare
5			1.1.1.4.0	Membri di organismi di governo e di assemblee sub-provinciali e comunali con potestà regolamentare
6	1.1.1.2.0	Membri di organismi di governo e di assemblee regionali e di Province autonome con potestà legislativa e regolamentare	1.1.1.1.0	Membri di organismi di governo e di assemblee nazionali con potestà legislativa e regolamentare
7			1.1.1.3.0	Membri di organismi di governo e di assemblee provinciali con potestà regolamentare
8			1.1.1.4.0	Membri di organismi di governo e di assemblee sub-provinciali e comunali con potestà regolamentare
9	1.1.1.3.0	Membri di organismi di governo e di assemblee provinciali con potestà regolamentare	1.1.1.1.0	Membri di organismi di governo e di assemblee nazionali con potestà legislativa e regolamentare
10			1.1.1.2.0	Membri di organismi di governo e di assemblee regionali e di Province autonome con potestà legislativa e regolamentare
11			1.1.1.4.0	Membri di organismi di governo e di assemblee sub-provinciali e comunali con potestà regolamentare
12	1.1.1.4.0	Membri di organismi di governo e di assemblee sub-provinciali e comunali con potestà regolamentare	1.1.1.1.0	Membri di organismi di governo e di assemblee nazionali con potestà legislativa e regolamentare
			1.1.1.2.0	Membri di organismi di governo e di assemblee regionali e di Province autonome con potestà legislativa e regolamentare
ISTAT i 6 livelli professionali      Voci Professionali-6°livello      Unità Prof.li affini      (+)      <				

Fig. 101.

## RIFERIMENTI NORMATIVI

### RIFERIMENTI NORMATIVI

1. D. P. R. n. 1124 e s.m.i. del 30 giugno 1965 - Testo Unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali
2. D.Lgs. n. 81 del 9 aprile 2008 - Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro  
(Attuazione dell'articolo 1 della legge n. 123 del 3 agosto 2007, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, coordinato con il D.Lgs. n. 106 del 3 agosto 2009)
3. Circolare INAIL n. 74 del 23 novembre 1995 - Modalità di trattazione delle malattie infettive e parassitarie
4. D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali
5. D.Lgs. n. 38 del 23 febbraio 2000, art. 12 - Infortunio in itinere
6. Informazioni in merito alla trattazione in ambito INAIL della MALATTIA-INFORTUNIO
7. D.M. n. del 10 ottobre 1985: Regolamentazione della "gestione per conto dello Stato" della assicurazione contro gli infortuni dei dipendenti statali attuata dall'INAIL
8. Circolare INAIL n. 20 del 01 aprile 1987: DM 10.10.1985 - Regolamentazione della gestione per conto dello stato della assicurazione contro gli infortuni dei dipendenti statali attuata dall'INAIL
9. Circolare INAIL n. 34 del 27 giugno 2013 - Utilizzo esclusivo dei servizi telematici dell'Inail per le comunicazioni con le imprese - programma di informatizzazione delle comunicazioni con le imprese ai sensi dell'art. 2, comma 3, del d.p.c.m. 22 luglio 2011. Servizi per i quali è prevista l'adozione esclusiva delle modalità telematiche a decorrere dal 1° luglio 2013. Denuncia/comunicazione di infortunio e di malattia professionale. Altri servizi indicati nel programma di informatizzazione
10. Circolare INAIL n. 44 dell'11 ottobre 2005 - Denuncia di infortunio per via telematica: modalità di acquisizione del certificato medico. Modifica dell'art. 53 del Testo Unico approvata con Decreto Ministeriale del 15 luglio 2005
11. Circolare INAIL n. 10 del 21 marzo 2016 - Decreto legislativo 14 settembre 2015, n.151. Articolo 21, commi 1, lettere b), c), d), e), f), 2 e 3. Modifiche agli articoli 53, 54, 56, 139, 238, 251 d.p.r. 1124/1965

Fig. 102.

## MANUALE UTENTE E DOCUMENTAZIONE

Il link consente l'accesso alla pagina del portale INAIL contenente la documentazione tecnica ed esplicativa, tra cui il manuale utente, utile per l'invio della Comunicazione di infortunio mediante la compilazione online o tramite file. La pagina è raggiungibile seguendo il percorso [Atti e documenti > Moduli e modelli > Prevenzione > Comunicazione di infortunio](#); il manuale utente è disponibile anche nella sezione [Supporto > Guide e manuali operativi](#).

## GUIDE DI COMPATIBILITA' TIPOLOGICHE

Le guide contengono le possibili associazioni dei dati in oggetto proposte e verificate dall'applicativo in base alle gestioni (IASPA, Conto Stato, Navigazione, Agricoltura) per agevolare l'inserimento delle tipologie presenti nella sezione [Lavoratore – Rapporto di lavoro](#). Il link consente l'accesso alla pagina del portale INAIL nella quale, oltre alla classificazione delle professioni CP2011 realizzata secondo il modello ISTAT, sono disponibili le tabelle di decodifica da consultare in caso di necessità durante la compilazione online oppure utilizzare, solo in caso di gestione IASPA o per conto dello Stato, per l'invio della Comunicazione tramite file. La pagina è raggiungibile nel portale INAIL seguendo il percorso [Atti e documenti > Moduli e modelli > Prevenzione > Comunicazione di infortunio > Tabelle di decodifica](#).

**[GESTIONE IASPA e Datori di lavoro di soggetti non assicurati INAIL](#)** - Guida di compatibilità tra i tipi Polizza / Lavoratore / Contratto / CNEL / Qualifica assicurativa:

GUIDA COMPATIBILITA' TIPOLOGIA POLIZZA/LAVORATORE/CONTRATTO/CNEL/QUALIFICA ASSICURATIVA									
(Gestione IASPA: Industria, Artigianato, Servizi, Pubbliche Amministrazioni titolari di posizione assicurativa)									
Polizza		Tipologia Lavoratore		Tipologia Contratto		CNEL		Qualifica Assicurativa	
Cod.	Descrizione	Cod.	Descrizione	Cod.	Descrizione	Settore	Categoria	Cod.	Descrizione
SS	APPARECCHI RADIOLOGICI	L	AUTONOMO	N/A	---	N/A	---	8	MEDICO RADIOLOGO - TECNICO DI RADIOLOGIA (TSRM)
		A	DIPENDENTE	4	DETERMINATO A TEMPO PARZIALE	OBBLIG. (*)	(*)	8	MEDICO RADIOLOGO - TECNICO DI RADIOLOGIA (TSRM)
				2	DETERMINATO A TEMPO PIENO				
				3	INDETERMINATO A TEMPO PARZIALE				
		1	INDETERMINATO A TEMPO PIENO	6	DETERMINATO	OBBLIG. (*)	(*)	8	MEDICO RADIOLOGO - TECNICO DI RADIOLOGIA (TSRM)

Fig. 103.

**GESTIONE CONTO STATO** - Guida di compatibilità tra i tipi Lavoratore / Contratto / CNEL / Qualifica assicurativa:

Guida Lavoratore ContrattoCNELQualifAss\_V1.2-ContoStato [modalità compatibilità] - Microsoft Excel

Home Inserti Layout di pagina Formule Dati Revisione Visualizza

Normal Layout di pagina Antepagina Visualizzazioni personalizzate Visualizzazioni schermo intero

Visualizzazioni cartella di lavoro Mostra/Nascondi

Righello Barra della formula

Zoom 100% Zoom selezione Nuova finestra Disponi tutto Blocca riquadri

Dividi Nascondi Reimposta posizione finestra

Finestra

Salva area di lavoro Cambia finestra Macro

F4 AMMINISTRAZIONE PUBBLICA

GUIDA COMPATIBILITA' TIPOLOGIA LAVORATORE/CONTRATTO/CNEL/QUALIFICA ASSICURATIVA (Gestione per Conto dello Stato)								
Tipologia Lavoratore		Tipologia Contratto		CNEL		Qualifica Assicurativa		
Cod.	Descrizione	Cod.	Descrizione	Cod.	Settore	Categoria	Cod.	Descrizione
A	DIPENDENTE	4	DETERMINATO A TEMPO PARZIALE	S	AMMINISTRAZIONE PUBBLICA	(*)	15	AUSILIARIO
		2	DETERMINATO A TEMPO PIENO				13	DIRIGENTE (art. 4 D.lgs. 38/00)
		3	INDETERMINATO A TEMPO				11	IMPIEGATO
		1	INDETERMINATO A TEMPO PIENO				7	INSEGNANTE E ALLUNNO SCUOLE; ISTRUTTORE E ALLIEVO CORSI QUALIFICAZIONE PROF. LE (art. 4 n. 5 D.P.R. 1124/65)
R	LAVORATORE CON CONTRATTO DI FORMAZIONE LAVORO (SOLO PUBBLICA AMMINISTRAZIONE)	6	DETERMINATO	S	AMMINISTRAZIONE PUBBLICA	(*)	11	IMPIEGATO
J	LAVORATORE DETENUTO ADDETTO AI LAVORI	6	DETERMINATO	---	N/A	---	I	DETENUTO ADDETTO A LAVORI (art. 4 n. 9 D.P.R. 1124/65)
Q	LAVORATORE PER SOSTITUZIONE	6	DETERMINATO	S	AMMINISTRAZIONE PUBBLICA	(*)	15	AUSILIARIO
							13	DIRIGENTE (art. 4 D.lgs. 38/00)
							11	IMPIEGATO
							7	INSEGNANTE E ALLUNNO SCUOLE; ISTRUTTORE E ALLIEVO CORSI QUALIFICAZIONE PROF. LE (art. 4 n. 5 D.P.R. 1124/65)
							4	LAVORATORE ITALIANO ALL'ESTERO
							8	MEDICO RADIOLOGO - TECNICO DI RADIOLOGIA (TSRM)
							10	OPERARIO
							9	RELIGIOSO - SUORA (art. 4 D.P.R. 1124/65)

Guida compatibilità tipologie

Pronto Pagina: 1 di 1

Fig. 104.



## GESTIONE AGRICOLTURA - Guida di compatibilità tra i tipi Lavoratore / Contratto / CNEL / Qualifica assicurativa:

Guida LavoratoreContrattoCNELQualificAss\_V1.0\_Agricoltura.xlsx - Excel

FILE

HOME

INSERISCI

LAYOUT DI PAGINA

FORMULE

DATI

REVISIONE

VISUALIZZA

Incolla

Appunti

Carattere

Allineamento

Numeri

Formattazione condizionale

Formatta come tabella

Stili cella

Inserisci

Elimina

Formatto

Celle

Ordina e filtra

Trova e seleziona

Modifica

L16

Fig. 105.

## GESTIONE NAVIGAZIONE - Guida di compatibilità tra i tipi Certificato / Categoria naviglio / Lavoratore / Qualifica assicurativa:

GUIDA COMPATIBILITA' CERTIFICATO/CATEGORIA NAVIGLIO/LAVORATORE/QUALIFICA ASSICURATIVA Gestione Navigazione - Certificato 01=Nave		
Categoria naviglio	Tipologia lavoratore	Qualifica assicurativa
Cod. Descrizione	Cod. Descrizione	Cod. Descrizione
B8 ALLIEVO/ISTRUTTORE CORSI QUALIFICAZIONE PROF. LE	I APPRENDISTA	39 ALTRI UFFICIALI COPERTA/MACCHINA/SERVIZI COMPL. DI BORDO
		40 SOTTUFFICIALE E COMUNE COPERTA/MACCHINA/SERVIZI COMPL. DI BORDO
		40 SOTTUFFICIALE E COMUNE COPERTA/MACCHINA/SERVIZI COMPL. DI BORDO
		39 ALTRI UFFICIALI COPERTA/MACCHINA/SERVIZI COMPL. DI BORDO
A DIPENDENTE	H TIROCINANTE	36 COMANDANTE PADRONE MARITTIMO
		57 DIRETTORE MACCHINA
		58 PRIMO UFFICIALE COPERTA/MACCHINA
		52 PALOMBARO/SOMMOZZATORE
B8 ALLIEVO/ISTRUTTORE CORSI QUALIFICAZIONE PROF. LE	I APPRENDISTA	40 SOTTUFFICIALE E COMUNE COPERTA/MACCHINA/SERVIZI COMPL. DI BORDO
		39 ALTRI UFFICIALI COPERTA/MACCHINA/SERVIZI COMPL. DI BORDO
		40 SOTTUFFICIALE E COMUNE COPERTA/MACCHINA/SERVIZI COMPL. DI BORDO
		39 ALTRI UFFICIALI COPERTA/MACCHINA/SERVIZI COMPL. DI BORDO

Fig. 106.



## **REQUISITI TECNICI**

Sono di seguito riportati i requisiti tecnici necessari all'utilizzo della Comunicazione di Infortunio telematica:

Le **versioni minime dei browser compatibili** sono:

- Explorer da 11.0;
- Firefox da 56.0 per Windows;
- Chrome da 61.0 per Windows;

**L'applicazione richiede javascript abilitato sul browser utilizzato.**

Per la visualizzazione dei file prodotti dall'applicazione è necessario avere installato sul proprio PC Acrobat Reader per i file con estensione .pdf e Microsoft Office (oppure Open Office) per i file con estensioni .xls.

Non ci sono vincoli sulle applicazioni INAIL relativamente all'utilizzo di **proxy** da parte degli utenti; nel caso in cui si verificassero problemi in tal senso, è da verificare la configurazione del proxy dell'utente stesso, ovvero indipendentemente dall'Istituto.

**Verificare** inoltre:

- Impostazioni del pc e del browser utilizzati,
- Configurazione, oltre che dell'eventuale proxy, anche dell'antivirus utilizzato,

perché potrebbero appunto inficiare la corretta visualizzazione dell'applicativo online.