

CODICE FISCALE DITTA

82001830494/ / / / /

CODICE DITTA

C.C.

001076

ASSICURAZIONE VOLONTARI E SOGGETTI IMPEGNATI IN LAVORI DI PUBBLICA UTILITA'
(Fondo art. 1, comma 312, legge 208/2015 e art.1, commi 86-87, legge 232/2016)

Richiesta di attivazione della copertura assicurativa

Sezione I: Progetto di utilità sociale / convenzione ex art. 2, DM 26.3.2001 e ex art. 2, DM 8.6.2015

Settore di inquadramento: terziario

Data inizio del progetto di utilità sociale o della convenzione art. 2, DM 26.3.2001 e art. 2, DM 8.6.2015

18/07/2025

Data fine del progetto di utilità sociale o della convenzione art. 2, DM 26.3.2001 e art. 2 DM 8.6.2015

18/12/2025

Denominazione del progetto o del sottoscrittore della convenzione:

CONVENZIONE TRA ISTITUTO ADI PORTO AZZURRO E COMUNE DI PORTO AZZURRO
PENITENZIARIO

Estremi dell'approvazione del progetto da parte dell'ente beneficiario / estremi della stipula della convenzione:

N. delibera/protocollo/convenzione/altro

del

95/2025

30/05/2025

Si allega dichiarazione/attestazione rilasciata dall'ente beneficiario all'organizzazione titolare del progetto (articolo 3, comma 6 e articolo 4, comma 1, DM 22.12.2014) oppure la convenzione (art. 2 D.M. 8.6.2015) e la copia del provvedimento giudiziario che stabilisce la misura del lavoro di pubblica utilità.

Sezione II: Beneficiario del progetto o del lavoro di pubblica utilità

Codice fiscale

82001830494/ / / / /

Denominazione

COMUNE DI PORTO AZZURRO

Via, Piazza, ...

LUNGOMARE PARIDE ADAMI

N. civico

1119

C.A.P.

57036

Comune

PORTO AZZURRO

Prov.

LI

Nazione

IT

F-Mail

LAVORIPUBBLICICI2@COMUNEPORTOAZZURRO.LI.IT

PEC

LAVORIPUBBLICICI@PEC.COMUNEPORTOAZZURRO.LI.IT

Sede Corrispondenza

Si confermano i dati riportati nella sezione II

Si comunicano i dati da inserire:

Indirizzo	
Mail	
Pec	
Telefono	

CODICE FISCALE DITTA

82001830494 / / / /

CODICE DITTA

C.C.

001076

DENUNCIA DI VARIAZIONE – DATI ANAGRAFICI ASSICURAZIONE VOLONTARI E SOGGETTI IMPEGNATI IN LAVORI DI PUBBLICA UTILITA' (Fondo art. 1, comma 312, legge 208/2015 e art.1, commi 86-87, legge 232/2016)

Richiesta di attivazione della copertura assicurativa

A) Dati del soggetto assicurato:

Codice Fiscale

VTLCRIS1C18L259C

Sesso

M F

Cognome

VITIELLO

Nome

CIRO

Data di nascita

18/03/1951

Comune di nascita

TORRE DEL GRECO

Provincia di nascita

NAPOLI

Nazione di nascita

ITALIA

Indirizzo di residenza (via, num. civico e Comune)

Descrizione attività da effettuare:

SERVIZIO DI IGIENE AMBIENTALE

B) Dati del periodo di attività:

Periodo durante il quale viene svolta l'attività (Att.ne!!! Le polizze possono essere attivate solo fino al 31/12/2025)

Dal

18 / 07 / 2025

Al

18 / 12 / 2025

N. Giornate

153

Anno
2025

ATTENZIONE: se nella Sentenza/Convenzione sono indicate le ore in misura intera, è necessario convertirle in giornate poiché altrimenti il sistema informatico Inail non riesce a determinare la retribuzione convenzionale (base del calcolo del premio assicurativo a carico del Fondo Ministeriale).

D) Dichiarazione:

- dichiaro che i soggetti indicati coinvolti in attività di volontariato a fini di utilità sociale saranno iscritti nell'apposito registro di cui all'articolo 3, comma 7 del DM 22.12.2014, o altra documentazione analoga, con annotazione delle generalità complete di ciascuno e che effettuerò la registrazione giornaliera delle presenze
- dichiaro di essere a conoscenza che gli oneri connessi agli eventi (infortuni sul lavoro e malattie professionali) relativi ai soggetti non regolarmente registrati sono a carico dell'organizzazione titolare del progetto / sottoscrittore della convenzione

Con la presente denuncia si richiede all'Inail l'attivazione della copertura assicurativa contro gli infortuni e le malattie professionali prevista dalla legge 208/2015, comma 312.

**IL RESPONSABILE
AREA TECNICA**



NUOVI LAVORATORI PUBBLICA UTILITA'

DENUNCIA TELEMATICA ALL'INAIL
RISCONTRO

CODICE ENTE: 01026

DENOMINAZIONE: COMUNE DI ORSO AZZURRO

Spett.le Alma S.p.A.
Via Frabosa 29/B
12089 Villanova Mondovì (CN)

OGGETTO: RISCONTRO ASSICURAZIONE NUOVI LAVORATORI PUBBLICA UTILITA'

Con la presente notificiamo quanto segue:

Questa Amministrazione **ACCETTA** il servizio di **DENUNCIA TELEMATICA ASSICURAZIONE NUOVI LAVORATORI PUBBLICA UTILITA'** e **DICHIARA** di essere a conoscenza che dovrà fornire ad Alma la seguente documentazione debitamente compilata:

- Quadro Q;
- Quadro Q1 (per ogni soggetto da assicurare);
- Copia della Sentenza o copia verbale di messa alla prova o ordinanza di condanna;
- Dichiarazione di disponibilità dell'Ente ad accogliere i lavoratori;
- Convenzione stipulata con il Tribunale o con altri Enti/Associazioni (va TASSATIVAMENTE allegata alla Denuncia Telematica).

Questa Amministrazione DICHIARA di essere a conoscenza che:

- La copertura assicurativa opererà solo quando l'Inail comunicherà all'Ente l'attivazione.
- Risulta obbligatoriamente tenuta alla redazione di un registro delle presenze e saranno imputabili alla ns. Amministrazione gli oneri connessi a eventuali infortuni sul lavoro e/o malattie professionali relativi ai soggetti non regolarmente annotati nel registro presenze.
- **Eventuali variazioni dei dati indicati sul modello Q1 allegato (modifica del numero dei giorni lavorati e/o della data di cessazione) saranno oggetto di una nuova denuncia telematica Inail da effettuarsi almeno 10 giorni prima del verificarsi delle variazioni stesse. In tal caso, sarà Ns/cura comunicarvelo tempestivamente.**

Comunichiamo il seguente CIG da utilizzare ai fini della fatturazione (se nulla è indicato, è da intendersi che può essere utilizzato il CIG comunicato per il servizio Paghe):

*il codice CIG verrà comunicato
SUCCESSIVAMENTE AL PRESENTIVO DI PAGHE*

B78D2404C9 (10 caratteri)

Distinti saluti.

IL RESPONSABILE
AREA TECNICA
FIRMA FUNZIONARIO RESPONSABILE

DATA / /
PROTOCOLLO