

NUOVI LAVORATORI PUBBLICA UTILITA'

DENUNCIA TELEMATICA ALL'INAIL
RISCONTRO

CODICE ENTE: 1113

DENOMINAZIONE: COMUNE DI SACASCO

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'** (Euro 80,00 IVA esclusa per ogni soggetto da assicurare) 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):

B B D Ø 5 1 9 3 F C (10 caratteri)

Distinti saluti.

FIRMA FUNZIONARIO RESPONSABILE

DATA 26/05/2026
PROTOCOLLO 1806

**PROTOCOLLO CENTRI IMPIEGO
LAVORATORE DI PUBBLICA UTILITÀ - NUOVO**

L'invio va effettuato entro il ventesimo giorno del mese successivo alla data di assunzione

CODICE ENTE 01113 DENOMINAZIONE COMUNE DI SALASCO

SPETT.LE **ALMA S.p.A.**
Villanova Mondovì

Questo Ente aderisce al servizio Alma al costo di € 25.00 esclusa IVA di legge (salvo condizioni diverse stabilite in sede di affidamento del servizio paghe). Affinché Alma possa procedere all'invio al competente Centro Impiego, con la presente **comunichiamo TUTTI I dati utili all'adempimento** (senza omettere alcun campo). Qualora la presente comunicazione non risulti trasmessa ad Alma nei tempi utili all'invio entro i termini stabiliti dalla norma, si esonera Alma da eventuali sanzioni per il tardivo invio.

DATI ANAGRAFICI DEL LAVORATORE: dati obbligatori

Cod. Fiscale	<u>SCNFC81B21L750H</u>		
Cognome	<u>SCARADERA</u>	Nome	<u>FRANCO</u>
Residenza: indirizzo	<u>VIA AUGADRO DI COLLOBIANO 27</u>		
comune	<u>SALASCO</u>	CAP	<u>13040</u> Pr <u>VC</u>
Domicilio*: indirizzo	_____		
comune	_____	CAP	_____ Pr _____ *solo se diverso dalla residenza

TITOLO DI STUDIO: dato obbligatorio

<input type="checkbox"/> Nessun titolo di studio	<input type="checkbox"/> Diploma universitario	<input type="checkbox"/> Master universitario di 1° livello
<input type="checkbox"/> Licenza elementare	<input type="checkbox"/> Laurea vecchio/nuovo ordin.	<input type="checkbox"/> Master universitario di 2° livello
<input checked="" type="checkbox"/> Licenza media	<input type="checkbox"/> Laurea di primo livello	<input type="checkbox"/> Titolo di dottore di ricerca
<input type="checkbox"/> Diploma con accesso università	<input type="checkbox"/> Laurea specialistica a ciclo unico	<input type="checkbox"/> Titolo di studio post-laurea
<input type="checkbox"/> Diploma di specializzazione	<input type="checkbox"/> Laurea specialistica	<input type="checkbox"/> Tit. Istr. Second. Sup. che non permette l'accesso all'università
<input type="checkbox"/> Diploma di laurea	<input type="checkbox"/> Diploma terziario extra-univers.	

TIPO E NUMERO DI DOCUMENTO: Compilare solo se cittadinanza extraeuropea

<input type="checkbox"/> Altro provvedimento	<input type="checkbox"/> In rinnovo	Numero di documento: _____
<input type="checkbox"/> Carta permanente	<input type="checkbox"/> Permesso	Scadenza permesso soggiorno ____/____/____
<input type="checkbox"/> In attesa di permesso	<input type="checkbox"/> Permesso di Soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo	Rilasciato da: _____

MOTIVO PERMESSO: Compilare solo se cittadinanza extraeuropea

<input type="checkbox"/> Ass. Minori	<input type="checkbox"/> Attività sportiva	<input type="checkbox"/> Lavoro subordinato	<input type="checkbox"/> Motivi Umanitari	Sussistenza sistemazione alloggiativa: () SI () NO
<input type="checkbox"/> Attesa occupazione	<input type="checkbox"/> Famiglia minore 14/18	<input type="checkbox"/> Missione volontario	<input type="checkbox"/> Motivi commerciali/lavoro autonomo	
<input type="checkbox"/> Integrazione minore	<input type="checkbox"/> Lavoro casi particolari art.27 T.U.I.	<input type="checkbox"/> Motivi di studio	<input type="checkbox"/> Motivi familiari	Impegno del datore di lavoro al pagamento delle spese di rimpatrio: () SI () NO
<input type="checkbox"/> Lavoro di tipo artistico	<input type="checkbox"/> Lavoro stagionale	<input type="checkbox"/> Perm. Sogg. CE sogg. lungo periodo	<input type="checkbox"/> Protezione sussidiaria	
<input type="checkbox"/> Tirocinio	<input type="checkbox"/> Vacanza lavoro	<input type="checkbox"/> Ricerca scientifica	<input type="checkbox"/> Rich. Asilo Politico - attività lavorativa	

DATI DEL RAPPORTO DI LAVORO: dati obbligatori

Data assunzione	<u>15/06/2026</u>	Data fine rapporto	<u>30/04/2027</u> (2)
Tipologia orario:	<input type="checkbox"/> Tempo pieno	<input type="checkbox"/> Tempo Parziale Orizzontale	Orario medio settimanale: <u>8</u> ore (compilare solo se a tempo parziale)
	<input checked="" type="checkbox"/> Tempo Parziale Misto	<input type="checkbox"/> Tempo Parziale Verticale	

DATI DELL'INQUADRAMENTO: dati obbligatori, visionare le istruzioni allegate

Retribuzione lorda annuale (3)	<u>ZERO</u>	Pat INAIL (5)	<u>24341508</u>
Qualifica professionale (4)	<u>CANTIERE STRADALE</u>	Lavoratore iscritto alla lista di mobilità	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Distinti saluti.

Protocollo nr. 1806, data 26/05/2026

CIG* BB D 051 93FC utilizzare _____ (data obbligatorio)



IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Cristiano Sebba

Alma Funzionario responsabile

(data obbligatorio)

Trasmettere il protocollo ad invii@alma-spa.it entro il giorno 15 del mese successivo.

Documento elaborato da Alma. È vietata la riproduzione, anche parziale, o l'uso non autorizzato del servizio Alma.

COME COMPILARE I CAMPI LAVORATORE DI PUBBLICA UTILITÀ - NUOVO

Visionare prima di trasmettere il protocollo ad Alma

1) SUSSISTENZA SISTEMAZIONE ALLOGGIATIVA / IMPEGNO DEL DATORE DI LAVORO AL PAGAMENTO DELLE SPESE DI RIMPATRIO

- Barrano NO i datori di lavoro che assumono lavoratori extracomunitari e che rientrano nelle specifiche indicate nella nota n. 2768/ 2.2 del 25 ottobre 2055 del Ministero del lavoro.

- Barrano SI i datori di lavoro che hanno l'obbligo di dichiarare la stipula di un contratto di soggiorno ed il pagamento delle spese di rimpatrio.

Importante: con il protocollo Alma trasmettere anche copia della carta o permesso di soggiorno in corso di validità

2) DATA FINE RAPPORTO

Inserire obbligatoriamente la data di fine rapporto in quanto richiesta obbligatoriamente nella procedura del Ministero del Lavoro.

All'atto della cessazione qualora la data di cessazione reale risultasse:

- A. **uguale** a quella comunicata in fase di assunzione (ovvero quella indicata sul presente modello) non sarà più necessario procedere con nuova comunicazione ai Centri Impiego.
- B. **precedente** a quella comunicata in fase di assunzione dovrà essere effettuata una apposita comunicazione di cessazione ai Centri Impiego. Potrete incaricare Alma utilizzando il modello denominato "Cessazione Cantiere Lavoro".
- C. **successiva** a quella comunicata in fase di assunzione dovrà essere effettuata una comunicazione di proroga. Potrete incaricare Alma utilizzando il modello denominato "Proroga Cantiere Lavoro".

3) RETRIBUZIONE LORDA ANNUALE

Di norma gli enti comunicano quanto verrà corrisposto al cantiere durante il periodo di lavoro.

Qualora l'ente non eroghi alcun compenso inserire "ZERO"

4) QUALIFICA

Inserire una delle qualifiche attivate dal Ministero del lavoro e rilevabili al seguente link:

<https://professioni.istat.it/sistema/informativo/professioni/co/>

In calce proponiamo alcune qualifiche che possono essere utilizzate.

- addetto alla manutenzione del verde,
- tagliaerba
- cantoniere stradale,
- manutentore di parchi,
- bibliotecario,
- personale non qualificato di ufficio,
- braccianti agricoli,
- manovali e personale non qualificato della costruzione e manutenzione di strade dighe e altre opere pubbliche,
- centralinista telefonico,
- assistente amministrativo,
- personale di segreteria addetto alle attività amministrative,
- vigilatrice di bambini

5) POSIZIONE INAIL

Inserire la posizione Inail del cantiere lavoro composta da 8 caratteri numerici.

CODICE FISCALE DITTA

84500790021

CODICE DITTA

58300104

C.C.

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

15/06/2026

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

30/04/2027

Denominazione del progetto o del sottoscrittore della convenzione:

COMUNE DI SALASCO

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

N. delibera/protocollo/convenzione/altro

39

del

20/12/2017

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

84500790021

Denominazione

COMUNE DI SALASCO

Via, Piazza, ...

VIA A. DI COLLOBIANO

N. civico

14

C.A.P.

13040

Comune

SALASCO

Prov.

VC

Nazione

IT

F-Mail

PROTOLL@COMUNE.SALASCO.VC.IT

PEC

COMUNE.SALASCO.VC@LEGALMAIL.IT

Sede Corrispondenza

Si confermano i dati riportati nella sezione II

Si comunicano i dati da inserire:

Indirizzo	
Mail	
Pec	
Telefono	

CODICE FISCALE DITTA

84500790021

CODICE DITTA

58300104

C.C.

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

SCHFNC81B21L7504

Sesso

M F

Cognome

SCAMBOLERA

Nome

FRANCO

Data di nascita

21/02/1981

Comune di nascita

VERCELLI

Provincia di nascita

VC

Nazione di nascita

IT

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

VIA AVOGADRO DI COLLOBIANO, 27 SALASCO (VC)

Descrizione attività da effettuare:

CANTONIERE STRADALE

B) Dati del periodo di attività:

Periodo durante il quale viene svolta l'attività (Att.ne!!! Le polizze possono essere attivate solo fino al 31/12/2026)

Dal

15 / 06 / 2026

Al

30 / 04 / 2027

N. Giornate

37

Anno 2026

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.
