

Dichiarazione d'incapacità lavorativa malattia

Datore di lavoro

Informazioni sull'azienda

Ragione sociale

Via / Numero

Complemento d'indirizzo

CAP / Luogo

N° di contratto

Unità organizzativa

Numero di telefono

Indirizzo e-mail

Persona di contatto

Persona assicurata

Informazioni personali dell'assicurato

Titolo

Nome

Cognome

ID dipendente

Stato civile

Data di nascita

Cittadinanza / Permesso di dimora

Numero d'assicurazione sociale

Figlio(i) a carico

Percepisce una prestazione
d'assicurazione sociale?

Dati di contatto dell'assicurato

Paese di residenza

Via / Numero

Complemento d'indirizzo

CAP / Luogo

Numero di telefono

Indirizzo e-mail

Coordinate bancarie/postali

A chi devono essere versate le indennità?

IBAN

Rapporto di lavoro

Dati contrattuali

Tipo di contratto

Inizio del contratto di lavoro

Fine del contratto di lavoro

Il contratto è disdetto?

Tipo di disdetta

Data di notifica

Per quale scadenza?

Funzione

Professione esercitata

Posto di lavoro abituale

**Incapacità
lavorativa****Orario di lavoro**

Orario di lavoro dell'assicurato H/settimana

Tasso d'occupazione contrattuale

Orario per anno H/anno

Tipo di lavoro

L'azienda ha un orario di lavoro ridotto?

Numero di giorni di home office per settimana

Incapacità lavorativa

Tipo d'incapacità

Descrizione della malattia

Ultimo giorno di lavoro prima dell'incapacità Ora:

Inizio dell'incapacità Ora:

Tasso d'incapacità

Osservazioni o commenti

Ritorno al lavoro

Data effettiva di ritorno al lavoro

Visita di controllo

Desiderate una visita di controllo?

Salari**Dati salariali**

Soggetto all'imposta alla fonte

Importo del salario lordo

Bonus, 13esimo mese di salario (e successivi)

Altre prestazioni

Indennità per vacanze, giorni festivi

Assegni per figli, famiglia

Indennità di rincarò

Altri complementi di salario

Importo totale dei complementi di salario

Luogo e data: