

## Dichiarazione d'incapacità lavorativa malattia del datore di lavoro

N° d'incarto:

<b>1. Datore di lavoro</b>	N° del contratto collettivo:	Unità amministrativa:		
	Tel.:	Persona da contattare:		
	E-mail:			
<b>2. Dipendente</b> <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina  Cognome e nome:  Via:  CAP: Domicilio:  E-mail:	Data di nascita:	N° AVS (13 numeri):		
	Cittadinanza:	Permesso di soggiorno:		
	Soggetto all'imposta alla fonte: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no			
	N° di telefono fisso:	N° di cellulare:		
	Medico:			
<b>3. Rapporto di lavoro</b>	Attività professionale svolta abitualmente: _____ In quale settore aziendale?			
	Data d'assunzione:	Scadenza, se contratto di durata determinata:		
Il dipendente è stato licenziato? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no o ha dato le proprie dimissioni? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no				
Se sì, data della notifica: _____ Per quale data?				
<b>4. Periodo d'incapacità</b>	Quando ha lavorato per l'ultima volta il dipendente prima dell'incapacità? (data, ora):			
	Inizio dell'incapacità (data, ora):			
	Ripresa effettiva del lavoro il: _____ al _____ % Se ancora in incapacità lavorativa, durata prevedibile in giorni:			
<b>5. Causa dell'incapacità</b>	<input type="checkbox"/> malattia <input type="checkbox"/> infortunio <input type="checkbox"/> malattia professionale <input type="checkbox"/> maternità, termine previsto: _____			
	Tipo di malattia / ferita: Trattasi di una ricaduta di una precedente incapacità? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, quella del:			
<b>6. Controllo</b>	Si desidera un controllo? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Lingua (tra quelle nazionali) capita dal dipendente:			
<b>7. Orario di lavoro</b>	Ore settimanali: _____ Ore annuali: _____ Tasso d'occupazione in %: _____			
	Orario irregolare? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no			
<b>8. Salario</b>		Fr./ora	Fr./giorno	Fr./mese
	8.1 Salario di base (lordo senza punto 8.2 e 8.3)			
	8.2 Indennità per vacanze/giorni festivi	% o		
	8.3 Gratifica/13esima	% o		
	8.4 Supplementi di salario	% o		
Denominazione:				
<b>9. Altre prestazioni d'assicurazione</b>	Il dipendente ha diritto o ha rivendicato il proprio diritto a indennità giornaliera o a una rendita? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì:			
	<input type="checkbox"/> AI/AVS <input type="checkbox"/> SUVA o altro assicuratore LAINF <input type="checkbox"/> assicurazione personale/privata <input type="checkbox"/> Assicurazione Disoccupazione <input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> Assicurazione militare <input type="checkbox"/> altro: In caso d'affiliazione LPP presso una fondazione del Gruppo Mutuel, la presente dichiarazione sarà comunicata dopo un termine d'attesa di tre mesi.			
<b>10. Indirizzo di pagamento</b>	<input type="checkbox"/> Datore di lavoro <input type="checkbox"/> Dipendente			
	Nome e indirizzo della banca: N° del conto bancario o CCP:			
<b>11. Osservazioni</b>				

Luogo e data:

Timbro e firma: