

Annuncio di modifica

Impresa

Nome: _____
Indirizzo: _____
NAP/Luogo: _____
N° contratto: _____

Assicurato (a)

Cognome: _____
Nome: _____
Data di nascita: _____

Modifica

Nuovo indirizzo dell'assicurato

Cambiamento dello stato civile

Nuovo stato civile: _____ Dal: _____
Nuovo cognome di famiglia: _____

Modifica del salario

Nuovo salario AVS annuo: _____ CHF: _____
Dal: _____
Tasso d'attività, in %: _____

Uscita provvisoria

Azzeramento del salario Dal: _____

Riattivazione del rapporto di lavoro

Nuovo periodo d'attività Dal: _____
Nuovo salario AVS annuo: _____ CHF: _____
Nuovo tasso d'attività in %: _____

Incapacità di lavoro o decesso

Dal: _____

Altra modifica: _____

Dal: _____

Luogo e data:

Firma e timbro del datore di lavoro: