

## 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: