

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	<input type="checkbox"/> Signora <input type="checkbox"/> Signore
Nome	_____
Cognome	_____
ID dipendente	_____
Stato civile	<input type="checkbox"/> Nubile/Celibe <input type="checkbox"/> Partner registrato <input type="checkbox"/> Separata/Separato <input type="checkbox"/> Divorziata/Divorziato <input type="checkbox"/> Vedovo <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Sposata/Sposato
Data di nascita	Data (gg/mm/aaaa) : _____
Cittadinanza / Permesso di dimora	_____
Numero d'assicurazione sociale	_____
Figlio(i) a carico	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Percepisce una prestazione d'assicurazione sociale?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Tipo di prestazione	<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

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?	<input type="checkbox"/> Datore di lavoro <input type="checkbox"/> Dipendente
IBAN del dipendente	_____

Rapporto di lavoro

Dati contrattuali

Tipo di contratto	<input type="checkbox"/> Durata indeterminata <input type="checkbox"/> Durata determinata
Inizio del contratto di lavoro	Data (gg/mm/aaaa) : _____
Fine del contratto di lavoro	Data (gg/mm/aaaa) : _____
Il contratto è disdetto?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Tipo di disdetta	<input type="checkbox"/> Licenziamento <input type="checkbox"/> Congedo
Data di notifica	Data (gg/mm/aaaa) : _____
Per quale scadenza?	Data (gg/mm/aaaa) : _____

Funzione Dipendente Quadro Quadro superiore
Apprendista Tirocinante

Professione esercitata _____

Posto di lavoro abituale _____

Orario di lavoro

Orario di lavoro dell'assicurato _____ H/ settimana

Tasso d'occupazione contrattuale _____ %

Orario per anno _____ H/anno

Tipo di lavoro Regolare Irregolare

L'azienda ha un orario di lavoro ridotto? Sì No

Numero di giorni di home office per settimana _____giorni

Incapacità lavorativa

Incapacità lavorativa

Tipo d'incapacità Malattia Infortunio

Descrizione della malattia _____

Ultimo giorno di lavoro prima dell'incapacità Data (gg/mm/aaaa) : _____

Ora [oo:mm] : _____

Inizio dell'incapacità Data (gg/mm/aaaa) : _____

Ora [oo:mm] : _____

Tasso d'incapacità _____ %

Osservazioni o commenti _____

Ritorno al lavoro

Data effettiva di ritorno al lavoro Data (gg/mm/aaaa) : _____

Visita di controllo

Desiderate una visita di controllo? Sì No

Salari

Dati salariali

Soggetto all'imposta alla fonte Sì No

Importo del salario lordo _____

Periodicità Annuo Orario Mensile Giornaliero

Bonus, 13esimo mese di salario (e successivi) _____

Periodicità Annuo Orario Mensile Percentuale

Altre prestazioni

Indennità per vacanze, giorni festivi _____

Periodicità Annuo Orario Mensile Percentuale

Assegni per figli, famiglia _____

Periodicità Annuo Orario Mensile

Indennità di rincarò _____

Periodicità Annuo Orario Mensile

Altri complementi di salario _____

Importo totale dei complementi di salario _____

Periodicità Annuo Orario Mensile

Luogo e data: