



Datore di lavoro: \_\_\_\_\_

No di affiliazione: \_\_\_\_\_

## Notifica d'uscita

**Uscita al (= fine del rapporto di lavoro):** \_\_\_\_\_

*Il datore di lavoro dichiara che all'atto dello scioglimento del rapporto di lavoro sono state osservate le disposizioni relative al contratto di lavoro e le disposizioni obbligatorie in materia di diritto del lavoro (p.es. art. 336c CO).*

### Informazioni sulla persona

No assic. soc.: \_\_\_\_\_

Lingua:  D  F  I

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Sesso:  M  F

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Stato civile:  nubile/celibe

coniugato/a

unione domestica registrata

vedovo/a

divorziato/a

unione domestica sciolta

Data del matrimonio, della registrazione dell'unione domestica o del divorzio: \_\_\_\_\_

Via e numero: \_\_\_\_\_

NPA: \_\_\_\_\_

Luogo: \_\_\_\_\_

### Stato di salute

Il datore di lavoro dichiara che alla fine dell'assicurazione la persona da assicurare è:

completamente abile al lavoro

non completamente abile al lavoro\*

invalido al \_\_\_\_%\*\*

Se la persona assicurata non è completamente abile al lavoro, si prega di aggiungere in ogni caso i certificati medici in merito e/o i conteggi dell'assicurazione contro gli infortuni o dell'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia.

**\* Si prega di compilare la notifica dell'incapacità lavorativa (necessario solamente se l'incapacità lavorativa è durata più di 3 mesi)**

**\*\* Si prega di allegare la decisione AI**

Apponendo la propria firma, il datore di lavoro conferma di avere dichiarato tutte le mutazioni inerenti alla persona assicurata. Egli sostiene i costi e le conseguenze derivanti da eventuali violazioni dell'obbligo di notifica.

\_\_\_\_\_  
Luogo

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma del datore di lavoro

\_\_\_\_\_  
Luogo:

\_\_\_\_\_  
Data:

\_\_\_\_\_  
Firma della persona assicurata



Stiftung Auffangeinrichtung BVG  
Fondation institution supplétive LPP  
Fondazione istituto collettore LPP

**Confidenziale**

Fondazione istituto collettore LPP  
Previdenza LPP  
Elias-Canetti-Strasse 2  
Casella postale  
8050 Zurigo

**Confidenziale**

Fondazione istituto collettore LPP  
Previdenza LPP  
Elias-Canetti-Strasse 2  
Casella postale  
8050 Zurigo

Vi preghiamo di allegare la presente copertina alla documentazione che ci rispedisce. Grazie!

Per la restituzione dei vostri documenti non utilizzate graffette, punti metallici o nastro adesivo.

