



Datore di lavoro: _____ No dell'adesione: _____
Persona assicurata: _____ No assic.: _____

Notifica di mutazione per persona assicurata

(Vogliate compilare questo formulario in maniera elettronica o in stampatello e firmarlo)

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: _____

Modifica del salario

Salario annuale (in CHF): _____ Validità dal: _____
Salario annuale (in CHF): _____ Validità dal: _____
Salario annuale (in CHF): _____ Validità dal: _____

Se il dipendente è impiegato presso un datore di lavoro per meno di un anno, il salario annuo corrisponde al salario che avrebbe conseguito se avesse lavorato per un anno intero.

Modifica di altri dati previdenziali

modifica del grado AI _____ nuovo grado AI: _____ %
(si prega di allegare una copia della decisione AI più recente) Validità dal: _____

Luogo _____ Data _____ Timbro e firma del datore di lavoro

Luogo _____ Data _____ Firma della persona assicurata