



Questionario per l'iscrizione di un datore di lavoro

(Siete invitati a compilare il presente modulo in modo leggibile, in stampatello e firmarlo)

L'azienda da assicurare è un/una:

Società anonima

Ditta individuale

Sagl

Associazione

Società individuale

Indirizzo di domicilio aziendale:

Nome

Via

NPA/Luogo

____ / _____

Lingua

D F I

Numero di telefono/fax:

_____ / _____

Indirizzo e-mail:

Interlocutore:

Indirizzo privato (* e **):

Nome

Cognome

Via

NPA/Luogo

____ / _____

Lingua

D F I

* In caso di ditta individuale, è obbligatorio indicare l'indirizzo privato del titolare.

** Se l'associazione non è iscritta nel registro di commercio occorre indicare l'indirizzo privato del presidente.

Registro di commercio?

sì

no

Genere di esercizio/settore

**Nome e luogo della cassa di
compensazione AVS competente:**

Numero di conteggio:

**Nome dell'istituto di previdenza
e n. di contratto**

(se esiste una precedente affiliazione LPP)

Luogo:

Data:

Firma del datore di lavoro:
