

Questionario per l'affiliazione dei datori di lavoro

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Società anonima | <input type="checkbox"/> Società semplice |
| <input type="checkbox"/> Sagl | <input type="checkbox"/> Comunione ereditaria |
| <input type="checkbox"/> Associazione | <input type="checkbox"/> Società in nome collettivo |
| <input type="checkbox"/> Fondazione | <input type="checkbox"/> Società in accomandita |
| <input type="checkbox"/> Società cooperativa | <input type="checkbox"/> Corporazione di diritto pubblico |

1. Denominazione e indirizzo della proprietà

Lingua di corrispondenza italiano tedesco

Ragione sociale _____

Ramo d'attività (settore) _____

Numero IDI CHE- _ _ _ . _ _ _ . _ _ _

Supplemento di indirizzo _____

Via/numero _____

NPA/Località _____

Sito web _____

2. Altri dati relativi all'azienda

Data di avvio dell'attività _____

Iscrizione nel registro di commercio sì no

È membro di un'associazione professionale? sì no

Se sì: si sta affiliando alla cassa di compensazione della sua associazione professionale? sì no

Nome e indirizzo dell'associazione professionale _____

Nome e indirizzo della cassa di compensazione _____

3. Indirizzo di recapito (per fatture e corrispondenza)

Recapito identico all'indirizzo commerciale (punto 1)

Recapito diverso o invio a un rappresentante (**allegare procura**)

Signor Signora Lingua di corrispondenza italiano tedesco

Nome, cognome o ragione sociale _____

N.AVS 756. _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ Data d. nasc. _ _ . _ _ . _ _ _

Stato civile _____

Supplemento di indirizzo _____

Via/numero _____

Casella postale _____

NPA/Località _____

4. Coordinate bancarie/postali (per eventuali rimborsi)

Titolare del conto _____

Codice IBAN bancario o postale CH _ _ . _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _ _ _

5. Persona di contatto per domande

Nome, cognome _____

Numero di telefono / indirizzo e-mail _____

6. Dati relativi al personale

Occupiamo dipendenti sì, dal _____ no

Ammontare stimato della massa salariale annua (lordo) CHF _____

Tutte/i le/i dipendenti hanno un certificato AVS? Se no: richiedere presso di noi i certificati mancanti grazie [all'apposito modulo](#).

7. Dati relativi a previdenza professionale e assicurazione contro gli infortuni

LPP (previdenza professionale)

Se vengono versati salari soggetti alla LPP, l'affiliazione a un istituto di previdenza LPP è obbligatorio.

[Cfr. opuscolo 6.06 Previdenza professionale PP](#)

Abbiamo affiliato le/i nostre/i nostri dipendenti a un istituto di previdenza registrato secondo la LPP.

Nome e sede dell'assicurazione (**obbligo di allegare la polizza**) _____

LAINF (assicurazione contro gli infortuni)

I datori di lavoro sono obbligati per legge ad assicurare le/i dipendenti contro gli infortuni.

[Cfr. opuscolo 6.05 Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni AINF](#)

Abbiamo stipulato per le/i nostre/i dipendenti un'assicurazione contro gli infortuni secondo la LAINF.

Nome e sede dell'assicurazione _____

8. Socie e soci di società di persone o membri di una comunione ereditaria

(vale solo per società in nome collettivo, società in accomandita, società semplici o comunioni ereditarie)

Nome, cognome _____

N.AVS 756. _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _ _ Data d. nasc. _ _ . _ _ . _ _ _ _

Numero di conteggio (se disponibile) _____

Nome, cognome _____

N.AVS 756. _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _ _ Data d. nasc. _ _ . _ _ . _ _ _ _

Numero di conteggio (se disponibile) _____

Nome, cognome _____

N.AVS 756. _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _ _ Data d. nasc. _ _ . _ _ . _ _ _ _

Numero di conteggio (se disponibile) _____

