

## Iscrizione all'assicurazione (entrata in servizio)

### Datore di lavoro

Ditta

Contratto n.

### Dipendente

Entrata in azienda

Inizio dell'assicurazione

Motivo per cui l'inizio dell'assicurazione è stato modificato

- Prolungamento di un rapporto di lavoro a tempo determinato
- Il salario supera per la prima volta la soglia d'entrata
- Età di entrata raggiunta (ad es. apprendista)
- Entrata in azienda prima dell'inizio del contratto (ad es. inserimento successivo nel contratto quadro)
- Altro motivo

Altro motivo

Appellativo

- Signora
- Signor

Nome

Cognome

Via

N.

NPA

Luogo

Paese

Data di nascita

Stato civile

Data del matrimonio / della registrazione dell'unione domestica

Lingua per la corrispondenza

- Tedesco
- Francese
- Italiano
- Inglese

## Salario e occupazione

Numero del personale

---

Tipo di impiego

- Impiegato  
 Lavoratore autonomo

Categoria di persone

Unità organizzativa

---

Salario annuo

Grado d'occupazione in %

---

All'inizio del rapporto di lavoro, la persona da assicurare gode della piena capacità lavorativa o di guadagno?

- No  
 Sì

Grado dell'incapacità lavorativa risp. di guadagno in %

- 
- È stata inviata la notifica all'assicurazione federale per l'invalidità  
 È stata notificata una decisione AI  
 È stata notificata una decisione dell'assicurazione contro gli infortuni

La persona da assicurare ha percepito una rendita erogata dell'assicurazione federale per l'invalidità negli ultimi tre anni?

- No  
 Sì

## Conferma

- Con la presente dichiaro che le informazioni fornite sono veritiere.

Questa iscrizione è stata registrata da

Nome

Cognome