



=> Vogliate inviare il modulo debitamente compilato e firmato corredato da tutti i documenti necessari a:

Fondazione istituto collettore
LPP Previdenza (LPP)
Casella postale
6501 Bellinzona

www.aeis.ch
Postfinance
BIC/SWIFT: POFICHBEXX
IBAN: CH16 0900 0000 2549 6891 7

Tel. +41 91 610 24 24
Fax. +41 91 610 24 25
Orario d'ufficio Lun - Ven
08:00 - 12:00/ 13:30 - 17:00

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

Nome: _____

Cognome: _____

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 assicurata 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