

## 1. Generalità

### 1.1 Dati personali

Cognome

indicare anche il cognome da nubile

Nomi

tutti i nomi, nome usuale in maiuscolo

femminile  maschile

Data di nascita

gg, mm, aaaa

Numero d'assicurato

13 cifre. Il numero AVS figura anche sulla tessera svizzera d'assicurazione malattie.

Stato civile

Lingua desiderata

Tedesco  Francese  Italiano

### 1.2 Domicilio legale e indirizzo completo

NAP, Luogo

Via, n°

Numero di telefono

E-Mail

Attuale luogo di residenza (se diverso dal domicilio legale, p.es. ospedale o casa di cura)

Nome dell'istituto

NAP, Luogo

Via, n°

## 2. Incapacità lavorativa (IL)

Inizio dell'incapacità lavorativa

Incapacità lavorativa in percentuale

Assenze ripetute (regolari), assenze brevi „ricorrenti“ dal

Motivo dell'incapacità lavorativa?

malattia  infortunio

Problema di salute/genere di disturbo

### 3. Situazione professionale

---

Attuale/ultima attività principale, attività a tempo parziale o attività accessoria

Tipo di attività

% di occupazione

dal

al

Stipendio lordo CHF

gg, mm, aaaa

gg, mm, aaaa

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Persona di riferimento

Numero di telefono

L'incapacità lavorativa è stata annunciata dall'assicurazione per l'indennità giornaliera di malattia?

sì  no

Se sì, quando?

Ragione sociale e indirizzo dell'assicurazione che versa l'indennità per la perdita di guadagno

L'incapacità lavorativa è stata annunciata dall'assicuratore LPP?

sì  no

Se sì, quando?

Ragione sociale e indirizzo dell'istituto di previdenza sociale

È già stata inoltrata una richiesta di prestazioni AI?

sì  no

Se sì, presso quale sede?

#### 4. Indicazioni sull'autore della comunicazione

---

- Persona assicurata o il suo rappresentante legale
- Datore di lavoro della persona assicurata
- Medico curante o chiropratico della persona assicurata
- Assicurazione di indennità giornaliera in caso di malattia LAMal
- Istituto d'assicurazione privato (assicurazione di indennità giornaliera in caso di malattia LCA o assicurazione pensioni)
- Assicurazione contro gli infortuni LAINF
- Istituto per la previdenza professionale della persona assicurata
- Organo d'esecuzione dell'assicurazione contro la disoccupazione
- Organo d'esecuzione dell'assistenza sociale cantonale
- Assicurazione militare
- Assicuratore malattie
- Congiunto con economia domestica in comune con la persona assicurata

Grado di parentela

Istituzione

Nome e cognome

NAP, Luogo

Via, n°

Numero di telefono

Data

Firma

Allegati (copia di attestati medici, conteggi di stipendio, certificato AVS, altri) e osservazioni complementari

#### 5. Informazione della persona assicurata

---

Il firmatario conferma di aver informato la persona assicurata a riguardo della presente notifica di rilevamento tempestivo all'assicurazione invalidità.

Data

Firma

## 6. Punto d'inoltro della domanda di prestazioni

---

L'annuncio va inoltrato all'Ufficio invalidità del cantone di domicilio.