

1. Richiedente

Nome della ditta

NAP, Luogo

Via, n°

Per eventuali chiarimenti a chi possiamo rivolgerci?

Nome

Cognome

Numero di telefono

E-mail

Modalità di pagamento

IBAN

2. Dati personali del dipendente

Nomi

Cognome

Numero d'assicurato

13 cifre

NAP, Luogo

Via, n°

3. Indicazioni a riguardo del rapporto di lavoro

3.1 Durata del rapporto lavorativo

Inizio del rapporto di lavoro

gg, mm, aaaa

Rapporto di lavoro

in vigore

sciolto il:

gg, mm, aaaa

3.2 Giorni di assenza

Per favore allegare certificato medico

dal

gg, mm, aaaa

al

gg, mm, aaaa

gg, mm, aaaa

gg, mm, aaaa

3.3 Dimensioni dell'azienda

- fino a 50 collaboratori
- più di 50 collaboratori

Indicazione: La somma forfettaria giornaliera ammonta a CHF 48.00 per aziende fino a 50 collaboratori e a CHF 34.00 per aziende con più di 50 collaboratori.

4. Firma/allegati

Data	Firma

Eventuali osservazioni

Alla domanda vanno allegati

- certificato medico

5. Punto d'inoltro della domanda

La domanda é da ritornare all'Ufficio AI del cantone di domicilio della persona assicurata.