Cancellare i dati

valitas INDEPENDA

Notifica in caso di decesso da parte del datore di lavoro

1. Persona deceduta

Azienda

Cognome | Nome

Via, n.

NPA/Luogo/Paese

Data di nascita | N. di assicurazione sociale 756.

Stato civile
- ☐ celibe/nubile
- ☐ coniugato/a
- ☐ divorziato/a
- ☐ unione domestica registrata
- ☐ unione domestica sciolta
- ☐ vedovo/a

2. Dati relativi al decesso

Decesso in seguito a ☐ Malattia ☐ Infortunio ☐ Causa non chiara ☐ Malattia professionale

Data del decesso

La persona deceduta aveva una capacità lavorativa limitata per un periodo superiore a 3 mesi prima del suo decesso? ☐ sì ☐ no

Retribuzione postuma ☐ sì ☐ no
➔ Se sì: fino a quando?

3. Persona di contatto

Persona di contatto (cognome, nome)

Tipo di relazione con la persona deceduta

Via, n.

NPA/Luogo/Paese

N. telefono | E-mail

12.2022

Cognome	Nome
Numero di assicurazione sociale 756.	

4. Osservazioni

Si prega di allegare una copia del certificato di morte («formulario 2.2.2 di stato civile») e copie di altri documenti se presenti.

Il formulario 2.2.2 di stato civile è disponibile presso l'Ufficio di stato civile del luogo di decesso.

Luogo, data	Timbro e firma del datore di lavoro

12.2022