

Ufficio previdenza

Via C. Ghiringhelli 7, 6501 Bellinzona
 Tel. 091 814 40 61, Fax 091 814 44 22
 ipct@ti.ch, www.ipct.ch

MODIFICA DEI DATI PERSONALI DEL DIPENDENTE

Datore di lavoro

Denominazione – indirizzo – email – no. di telefono – persona di riferimento	No datore di lavoro
--	---------------------

Persona assicurata

Cognome e nome	Data di nascita	N. assic. sociale (AVS 13 cifre)
----------------	-----------------	----------------------------------

Modifica dei dati anagrafici

<i>Attuale</i>		<i>Nuovo</i>		<i>Valido dal</i>
Cognome e nome		Cognome e nome		Data
Indirizzo		Indirizzo		Data
Stato civile	Nazionalità	Stato civile	Nazionalità	Data
Cognome e nome coniuge / partner registrato		Cognome e nome coniuge / partner registrato		
Data di nascita e nazionalità coniuge / partner registrato		Data di nascita e nazionalità coniuge / partner registrato		

Modifica dello stipendio (compresi eventuali supplementi a carattere permanente)

<i>Attuale</i>		<i>Nuovo</i>		<i>Valido dal</i>
Stipendio annuo (in CHF)	Grado d'occupazione (%)	Stipendio annuo (in CHF)	Grado d'occupazione (%)	Data
Stipendio annuo (in CHF)	Grado d'occupazione (%)	Stipendio annuo (in CHF)	Grado d'occupazione (%)	Data

Uscita dall'IPCT

Dimissioni dip/ scadenza contratto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Data
	Pensionamento totale	Pens. parziale al %	Decesso	
Abbassamento duraturo del salario al di sotto della soglia d'entrata minima LPP		Con la sua firma il dipendente conferma l'abbassamento duraturo del salario: _____		

Congedo non pagato

<input type="checkbox"/> Nuovo	Dal	Al	Grado di congedo	Grado d'attività residuo
<input type="checkbox"/> Prolungamento				
<input type="checkbox"/> Nuovo	Dal	Al	Grado di congedo	Grado d'attività residuo
<input type="checkbox"/> Prolungamento				

Abilità al lavoro

L'assicurato al momento della modifica/uscita è completamente abile al lavoro?:	Si	No
Se no, quando è iniziata l'inabilità al lavoro?: _____	In che % è inabile?: _____	

Altre comunicazioni e conferma

Altre comunicazioni	Luogo e data – Firma del datore di lavoro
---------------------	---