

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

Numero AVS

| | | | |
|--------------|-----------------------------|--------------------------|--------------|
| 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

➔ 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

Cognome

Nome

Numero AVS

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