

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	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
-------------	--------

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