

Notifica d'uscita

Azienda n.

Contratto n. /

Impiegati a tempo indeterminato

Persona assicurata

Cognome

Nome

Numero AVS

Via, NPA e località

Data di nascita

Sesso

m f

Stato civile

celibe/nubile

divorziato/a

coniugato/a dal

in unione domestica registrata

vedovo/a

in unione domestica sciolta per decesso

vedovo/a

in unione domestica sciolta giudizialmente

Fine del rapporto di lavoro

Data d'uscita

La persona assicurata è totalmente abile al lavoro? Sì

No

Si prega di farci pervenire il modulo «Notifica d'incapacità lavorativa» con i relativi allegati.

Pensionamento anticipato? Sì

No

In caso affermativo sarà contattato/a

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver consegnato al lavoratore uscente il modulo «Trasferimento della prestazione di libero passaggio».

Firma

Luogo e data

Timbro e firma del datore di lavoro

Inviare a

vorsorgestiftung film und audiovision
Durchführungsstelle
Postfach 300
8401 Winterthur