

**Attestato di guadagno intermedio**

Cognome e nome	No AVS	
NPA, località, via, numero	Data di nascita	Stato civile

Mese:	Anno:	Attività esercitata:
-------	-------	----------------------

- 1 Nelle relative caselle del calendario devono essere indicate le ore lavorate dalla persona assicurata. Per le assenze pagate e non pagate vanno usate le sigle seguenti:

**A** = malattia, infortunio, gravidanza **B** = servizio militare, servizio civile o di protezione civile, congedo di maternità, di paternità o di assistenza **C** = altre assenze pagate **D** = assenze non pagate **E** = vacanze

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

- 2 Esiste un contratto di lavoro scritto?  sì (allegare copia del contratto)  no
- 3 Con la persona assicurata è stata convenuta una durata settimanale del lavoro?  
 sì  ore settimanali  no
- 4 Durata normale del lavoro settimanale nell'azienda  ore
- 5 L'azienda è soggetta ad un contratto collettivo di lavoro (CCL)?  
 sì   no
- 6 In questo mese, avete offerto all'assicurato(a) la possibilità di prestare un maggior numero di ore di lavoro?  
 sì  ore giornaliere  ore settimanali  ore mensili  no
- 7 Per quali motivi la vostra offerta è stata respinta?

**Reddito dell'attività lucrativa dipendente**

- 8 Salario lordo convenuto  all'ora  
sottoposto all'AVS  al mese
- 9 Salario lordo sottoposto all'AVS  ore x  =
- 10 Come si compone il sopraindicato salario lordo sottoposto all'AVS?
- |   |                                   |                                  |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Salario di base                                      | =                                 | <input type="text" value="CHF"/> |
| <input type="checkbox"/> Indennità per giorni festivi                         | <input type="text" value=""/> % = | <input type="text" value="CHF"/> |
| <input type="checkbox"/> Indennità di vacanze                                 | <input type="text" value=""/> % = | <input type="text" value="CHF"/> |
| <input type="checkbox"/> Quota-parte 13 <sup>a</sup> mensilità/gratificazione | <input type="text" value=""/> % = | <input type="text" value="CHF"/> |
| <input type="checkbox"/> Altri elementi del salario, specificare _____        | <input type="text" value=""/> % = | <input type="text" value="CHF"/> |



11  La 13<sup>a</sup> mensilità/gratificazione viene  ed è pari al  % del guadagno totale corrisposta soltanto il/in/a  soggetto all'AVS

La 13<sup>a</sup> mensilità/gratificazione non è stata contrattualmente convenuta e il suo versamento non rientra nelle usanze dell'azienda

12 Sono stati dedotti sul salario i contributi alla previdenza professionale (LPP)?  sì  no  
Se sì, nome dell'istituto di previdenza competente \_\_\_\_\_

13 A quale cassa di compensazione AVS siete affiliati? (nome e numero della cassa)

14 Sono stati versati assegni per i figli e/o di formazione?

sì Numero di assegni per i figli  Numero di assegni di formazione

no Perché no? \_\_\_\_\_

15 La persona assicurata continuerà ad essere occupata?

sì per una durata indeterminata  sì, presumibilmente fino al

no Chi ha dato la disdetta?

Quando?  Con decorrenza

16 Motivo della disdetta del rapporto di \_\_\_\_\_

17 La persona assicurata o suo marito/sua moglie/il suo partner registrato partecipa all'azienda o svolge una funzione direttiva (es. azionista, consigliere d'amministrazione in una SA o socio, gerente in una Sagl, ecc.)?  sì  no

18 Reddito da attività lucrativa **indipendente**

(l'attestazione del reddito va attribuita al mese in cui è stato prodotto)

Reddito lordo	CHF .....	} Fornire giustificativi per questi dati
Spese per materiale	- CHF .....	
Totale parziale	CHF .....	
Detrazione forfettaria del 20% del totale parziale	- CHF .....	
Guadagno parziale computabile	CHF .....	

Il datore di lavoro / la persona esercitante un'attività lucrativa indipendente ha l'obbligo di fornire informazioni conformi al vero (art. 88 LAD; 28 LPG).

Luogo e data \_\_\_\_\_

Indirizzo completo del datore di lavoro/della persona esercitante un'attività lucrativa indipendente  
Firma legalmente valida/Timbro della ditta

N° telefono \_\_\_\_\_

N° RIS \_\_\_\_\_

Codice settore economico \_\_\_\_\_

### Avviso

Si prega di rispondere a tutte le domande. Si eviteranno così accertamenti supplementari.