

## Questionario per l'affiliazione di filiali / succursali nel Cantone dei Grigioni (aziende CAF)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Società anonima | <input type="checkbox"/> Società cooperativa        |
| <input type="checkbox"/> Sagl            | <input type="checkbox"/> Società semplice           |
| <input type="checkbox"/> Associazione    | <input type="checkbox"/> Società in nome collettivo |
| <input type="checkbox"/> Fondazione      | <input type="checkbox"/> Società in accomandita     |

### 1. Ragione sociale / Indirizzo commerciale della filiale o della succursale nel Cantone dei Grigioni

Lingua die corrispondenza  italiano  tedesco

Ragione sociale della filiale/succursale \_\_\_\_\_

Numero IDI (se disponibile) CHE- \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Supplemento di indirizzo \_\_\_\_\_

Via/numero \_\_\_\_\_

NPA/Località \_\_\_\_\_

### 2. Indirizzo della sede principale

Lingua die corrispondenza  italiano  tedesco

Ragione sociale della sede principale \_\_\_\_\_

Ramo d'attività (settore) \_\_\_\_\_

Numero IDI CHE- \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Supplemento di indirizzo \_\_\_\_\_

Via/numero \_\_\_\_\_

NPA/Località \_\_\_\_\_

Sito web \_\_\_\_\_

### 3. Ulteriori dati sulla filiale o succursale nel Cantone dei Grigioni

Data di avvio dell'attività \_\_\_\_\_

Iscrizione nel registro di commercio  sì  no

### 4. Indirizzo di recapito (per fatture e corrispondenza)

Recapito identico all'indirizzo commerciale della filiale / succursale nel Cantone dei Grigioni (punto 1)

Recapito identico all'indirizzo della sede principale (punto 2)

Recapito diverso o invio a un rappresentante (**allegare procura**)

Lingua die corrispondenza  italiano  tedesco

Nome, cognome o ragione sociale \_\_\_\_\_

Numero d'assicurato 756. \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Data d. nasc. \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_  
Supplemento di indirizzo \_\_\_\_\_  
Via/numero \_\_\_\_\_  
Casella postale \_\_\_\_\_  
NPA/Località \_\_\_\_\_

#### 5. Coordinate bancarie/postali (per eventuali rimborsi)

Titolare del conto \_\_\_\_\_  
Codice IBAN bancario o postale CH \_ \_ . \_ \_ \_ \_ . \_ \_ \_ \_ . \_ \_ \_ \_ . \_ \_ \_ \_ . \_ \_

#### 6. Persona di contatto per domande

Nome, cognome \_\_\_\_\_  
Numero di telefono / indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

#### 7. Dati relativi al personale impiegato nel Cantone dei Grigioni

Occupiamo dipendenti nel Cantone dei Grigioni  sì, dal \_\_\_\_\_  no

Ammontare stimato della massa salariale annua (lordo) CHF \_\_\_\_\_

#### 8. Dati relativi all'assicurazione contro gli infortuni (LAINF)

I datori di lavoro sono obbligati per legge ad assicurare le/i dipendenti contro gli infortuni. Cfr. [opuscolo 6.05 Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni AINF](#)

Abbiamo stipulato per le nostre/i nostri dipendenti un'assicurazione contro gli infortuni secondo la LAINF.

Nome e sede dell'assicurazione \_\_\_\_\_

**Confermo di avere compilato il questionario in modo completo e veritiero**  
(richieste incomplete possono comportare ritardi nell'elaborazione).

Località, data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Sul nostro [sito web](#) trova importanti informazioni, opuscoli e moduli, nonché le basi giuridiche.