

Questionario per l'affiliazione di datori di lavoro che impiegano personale domestico

1. Indirizzo del datore di lavoro nel Cantone dei Grigioni

Signor Signora

Lingua di corrispondenza italiano tedesco

Nome, cognome _____

N.AVS

756 . _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _ Data d. nasc. _ _ . _ _ . _ _ _ _

Stato civile _____

Supplemento di indirizzo _____

Via/numero _____

Casella postale _____

NPA/Località _____

Numero di telefono _____

Indirizzo e-mail _____

2. Indirizzo di recapito (per fatture e corrispondenza)

Recapito identico all'indirizzo del datore di lavoro (punto 1)

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

Signor Signora

Lingua di corrispondenza italiano tedesco

Nome, cognome o nome della ditta _____

N.AVS

756 . _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _ Data d. nasc. _ _ . _ _ . _ _ _ _

Stato civile _____

Supplemento di indirizzo _____

Via/numero _____

Casella postale _____

NPA/Località _____

3. Coordinate bancarie/postali (per eventuali rimborsi)

Titolare del conto _____

Codice IBAN bancario o postale

CH _ _ . _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _

4. Persona di contatto per domande (se diversa dal punto 1)

Signor Signora

Nome, cognome _____

Numero di telefono / indirizzo e-mail _____

5. Dati relativi al personale (dati dettagliati sul personale verranno richiesti a fine anno tramite il modulo per la dichiarazione dei salari)

Da quando impiega personale? _____

Ammontare stimato della massa salariale annua CHF _____

Tutte/i le/i dipendenti hanno un certificato AVS? sì no

Se no: richiedere presso di noi i certificati mancanti grazie [all'apposito modulo](#).

6. Dati relativi a previdenza professionale e assicurazione contro gli infortuni

LPP (previdenza professionale)

Se vengono versati salari soggetti alla LPP, l'affiliazione a un istituto di previdenza secondo la LPP è obbligatoria. [Cfr. opuscolo 6.06 Previdenza professionale PP](#)

Abbiamo affiliato le/i nostre/i dipendenti a un istituto di previdenza registrato secondo la LPP.

Nome e sede dell'assicurazione (obbligo di allegare la polizza) _____

LAINF (assicurazione contro gli infortuni)

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, www.sva.gr.ch trova importanti informazioni, opuscoli e moduli, nonché le basi giuridiche.