

## Questionario per l'affiliazione delle persone che esercitano un'attività lucrativa indipendente (ditta individuale)

Si considera indipendente la persona che lavora e fattura in nome e per conto proprio come imprenditrice/imprenditore indipendente. La sola intenzione di avviare un'attività indipendente non è sufficiente per ottenere il riconoscimento dell'attività lucrativa indipendente da parte della Cassa di compensazione. Il riconoscimento come indipendente presuppone che la persona assicurata eserciti già un'attività rilevante e visibile all'interno degli scambi economici e che siano soddisfatte le relative condizioni.

### 1. Dati personali e indirizzo di residenza

Signor    Signora                      Lingua di corrispondenza    italiano    tedesco

Nome, Cognome \_\_\_\_\_

N.AVS    756 . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_    Data d. nasc. \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

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

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

NPA/Località \_\_\_\_\_

Numero di telefono \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_

Tipo di permesso di dimora \_\_\_\_\_

### 2. Coniuge o partner in unione domestica registrata

Signor    Signora                      Lingua di corrispondenza    italiano    tedesco

Nome, Cognome \_\_\_\_\_

N.AVS    756 . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_    Data d. nasc. \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

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

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

NPA/Località \_\_\_\_\_

Numero di telefono \_\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_

Tipo di permesso di dimora \_\_\_\_\_

### 3. Stato civile

celibe/nubile

coniugata/o     unione coniugale registrata

legalmente separato/a     partenariato legalmente separato

divorziato/a     partenariato giudizialmente separato

vedovo/a     partenariato concluso in seguito a decesso

Stato civile attuale, dal \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

#### 4. Ragione sociale e indirizzo commerciale (sede legale)

Lingua di corrispondenza  italiano  tedesco  
Ragione sociale \_\_\_\_\_  
Ramo d'attività \_\_\_\_\_  
Numero IDI (se disponibile) CHE- \_ \_ \_ . \_ \_ \_ . \_ \_ \_  
Supplemento di indirizzo \_\_\_\_\_  
Via/numero \_\_\_\_\_  
NPA/Località \_\_\_\_\_  
Sito web \_\_\_\_\_

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

Recapito identico all'indirizzo di residenza (punto 1)  
 Recapito identico all'indirizzo commerciale (punto 4)  
 Recapito diverso o invio a un rappresentante (**allegare procura**)  
 Signor  Signora      Lingua di corrispondenza  italiano  tedesco  
Nome, cognome o ragione sociale \_\_\_\_\_  
N.AVS      756 . \_ \_ \_ . \_ \_ \_ . \_ \_      Data d. nasc. \_ \_ . \_ \_ . \_ \_  
Stato civile \_\_\_\_\_  
Supplemento di indirizzo \_\_\_\_\_  
Via/numero \_\_\_\_\_  
casella postale \_\_\_\_\_  
NPA/Località \_\_\_\_\_

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

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

#### 7. Dati relativi al precedente obbligo contributivo

Come ha versato gli ultimi contributi AVS?  
 **Come dipendente**      dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
    presso il seguente datore di lavoro \_\_\_\_\_  
    Grado d'occupazione in per cento \_\_\_\_\_  
    Quanti mesi lavora all'anno? \_\_\_\_\_  
    L'attività lucrativa prosegue?  sì  no  
    Se sì: Salario lordo al mese CHF \_\_\_\_\_  
    Se no: a quanto ammontava il suo reddito nell'anno in cui ha cessato l'attività lucrativa? CHF \_\_\_\_\_  
    (allegare copia del certificato di salario)

**Come indipendente** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
presso la seguente cassa di compensazione \_\_\_\_\_  
(allegare copia della decisione sui contributi)  
L'attività lucrativa prosegue?  sì  no

**Come disoccupata/o** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
(allegare copia dei conteggi dell'indennità giornaliera di disoccupazione)

**Come pers. senza att. lucrativa** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
presso la seguente cassa di compens. \_\_\_\_\_  
(allegare copia della decisione sui contributi)

**Esonerata/o dall'obbligo di contribuzione tramite il/la coniuge**

## 8. Per persone coniugate / in unione domestica registrata

Come ha versato gli ultimi contributi AVS la/il coniuge o la/il partner in unione domestica registrata?

**Come dipendente** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
presso il seguente datore di lavoro \_\_\_\_\_  
Grado d'occupazione in per cento \_\_\_\_\_  
Quanti mesi lavora all'anno? \_\_\_\_\_  
L'attività lucrativa prosegue?  sì  no  
Se sì: Salario lordo al mese CHF \_\_\_\_\_  
Se no: a quanto ammontava il reddito nell'anno in cui ha cessato l'attività lucrativa? CHF \_\_\_\_\_  
(allegare copia del certificato di salario)

**Come indipendente** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
presso la seguente cassa di compens. \_\_\_\_\_  
Grado d'occupazione in per cento \_\_\_\_\_  
Quanti mesi lavora all'anno? \_\_\_\_\_  
L'attività lucrativa prosegue?  sì  no  
Se no: a quanto ammontava il reddito nell'anno in cui ha cessato l'attività lucrativa? CHF \_\_\_\_\_  
(allegare copia della decisione sui contributi)

**Come disoccupata/o** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
(allegare copia dei conteggi dell'indennità giornaliera di disoccupazione)

**Come pers. senza att. lucrativa** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
presso la seguente cassa di compens. \_\_\_\_\_

**Esonerata/o dall'obbligo di contribuzione tramite il/la coniuge**

## 9. Altri dati relativi all'azienda

Inizio dell'attività indipendente (data) \_\_\_\_\_

Come esercita tale attività?  a titolo principale  a titolo accessorio

Iscrizione nel registro di commercio  sì  no

È membro di un'associazione professionale?  sì  no

Se sì: si sta affiliando alla cassa di compensazione della sua associazione professionale?  sì  no

Nome e indirizzo dell'associazione professionale \_\_\_\_\_

Nome e indirizzo della cassa di compensazione \_\_\_\_\_

Esercita la sua attività in più Stati?  sì  no

in quali Stati? \_\_\_\_\_

Tenga presente il nostro [opuscolo sulla sicurezza sociale in Svizzera](#).

## 10. Dati relativi al personale

(dati dettagliati sul personale verranno richiesti in seguito tramite il modulo per la dichiarazione dei salari)

Occupo dipendenti  sì, dal \_\_\_\_\_  no

Se sì: ammontare stimato della massa salariale annua (lordo) CHF \_\_\_\_\_

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

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

## 11. Dati relativi alla previdenza professionale e assicurazione contro gli infortuni

### LPP (previdenza professionale)

Se vengono versati salari soggetti alla LPP, l'affiliazione a un istituto di previdenza LPP è obbligatorio.

[Cfr. opuscolo 6.06 Previdenza professionale PP](#)

Ho affiliato le/i mie/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](#).

Ho stipulato per le/i mie/i dipendenti un'assicurazione contro gli infortuni secondo la LAINF.

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

## 12. Precisazioni sulla posizione secondo il diritto delle assicurazioni sociali

Domande	Sì	No
Si presenta alla clientela in nome proprio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emette direttamente fatture alle sue clienti e ai suoi clienti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si assume in prima persona le eventuali perdite derivate dall'insolvenza dei suoi clienti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le spese generali sono a suo carico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sussiste un rapporto di subordinazione nei confronti delle sue/dei suoi committenti? (Istruzioni vincolanti dal punto di vista personale, organizzativo e dell'orario?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orari di lavoro fissi, diritto a ferie retribuite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È inserita/o nell'organizzazione del lavoro della/del committente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Possiede locali commerciali propri con le attrezzature usuali nel settore?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acquista il necessario materiale in conto proprio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il suo guadagno consiste in una provvigione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha effettuato investimenti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tipo di investimento \_\_\_\_\_

Costi CHF \_\_\_\_\_

Tipo di investimento \_\_\_\_\_

Costi CHF \_\_\_\_\_

Lavoro per il seguente numero di committenti

Nome e cognome del committente \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

NPA/Località \_\_\_\_\_

Nome e cognome del committente \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

NPA/Località \_\_\_\_\_

Nome e cognome del committente \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

NPA/Località \_\_\_\_\_

Nome e cognome del committente \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

NPA/Località \_\_\_\_\_

Descrizione della mia attività

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Per valutare la sua posizione secondo il diritto delle assicurazioni sociali, la preghiamo di inoltrarci i seguenti documenti, se disponibili

- **preventivi, ricevute di fornitori e fatture a clienti**  
(se possibile diversi giustificativi)
- **autorizzazioni all'esercizio della professione, diplomi, certificati, ecc.**
- **contratto di locazione dei locali commerciali**
- **contratti firmati con clienti e fornitori**
- **contratti di leasing o contratti d'acquisto per investimenti**
- **prova del capitale proprio investito**
- **contabilità e/o libro cassa**
- **prova della ricezione dei pagamenti dei suoi clienti**
- **materiale pubblicitario (come volantini, biglietti da visita, prospetti, ecc.)**
- **altri giustificativi o indicazioni che attestino l'attività lucrativa indipendente**

### 13. Dichiarazione del reddito presumibile

Questa cifra sarà utilizzata per fissare i contributi AVS/AI/IPG provvisori. Variazioni rilevanti rispetto a questa stima devono essere comunicati alla cassa di compensazione. I contributi definitivi saranno fissati in base alla comunicazione fiscale.

Stima dell'**utile netto** annuo da attività lucrativa indipendente CHF \_\_\_\_\_

Sostanza investita nell'azienda (capitale proprio) CHF \_\_\_\_\_

Osservazioni

---

---

---

---

#### **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](http://www.sva.gr.ch) trova importanti informazioni, opuscoli e moduli, nonché le basi giuridiche.