

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. d'assicurato

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. d'assicurato

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

legalmente separato

divorziato/a

vedovo/a

unione coniugale registrata

partenariato legalmente separato

partenariato giudizialmente separato

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. d'assicurato 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 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 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 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 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 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?

Emette direttamente fatture alle sue clienti e ai suoi clienti?

Si assume in prima persona le eventuali perdite derivate dall'insolvenza dei suoi clienti?

Le spese generali sono a suo carico?

Sussiste un rapporto di subordinazione nei confronti delle sue/dei suoi committenti?

(Istruzioni vincolanti dal punto di vista personale, organizzativo e dell'orario?)

Orari di lavoro fissi, diritto a ferie retribuite?

È inserita/o nell'organizzazione del lavoro della/del committente?

Possiede locali commerciali propri con le attrezzature usuali nel settore?

Acquista il necessario materiale in conto proprio?

Il suo guadagno consiste in una provvigione?

Ha effettuato investimenti?

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 comunicate 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](#) trova importanti informazioni, opuscoli e moduli, nonché le basi giuridiche.