

Dichiarazione supplementare alla notifica di uscita per avvio di attività indipendente

(Questo modulo deve essere compilato dal dipendente)

Dati impresa

Impresa	Numero di assicurazione
.....

Dati assicurato

Cognome	Nome
.....
Data di nascita	Numero di assicurazione sociale
.....
Via/no./aggiunta	CAP/località (paese)
.....
E-mail per chiarimenti	Numero di telefono per chiarimenti
.....

Dati sull'attività lucrativa indipendente

Inizio	Campo/settore di attività
.....
Esercita l'attività indipendente a titolo principale?	Se no, qual è la Sua professione principale?
<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Rimane assicurato/a nella previdenza professionale obbligatoria?	
<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
Data dell'iscrizione nel registro di commercio	
.....	

Guadagno e ore di lavoro da attività lucrativa indipendente

Stima del guadagno annuo	Stima delle ore di lavoro settimanali
.....

Guadagno e ore di lavoro da altra attività lucrativa

Guadagno annuo (se disponibile)	Ore di lavoro settimanali
.....

Allegati necessari

Una conferma attuale dello status definitivo di indipendente da parte della cassa di compensazione AVS e business plan.

Firme

Dichiaro di aver compilato la presente dichiarazione supplementare in modo integrale e veritiero.

Località, data

Firma assicurato/a

.....

.....