

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?

☐ sì ☐ no

.....

Rimane assicurato/a nella previdenza professionale obbligatoria?

☐ sì ☐ 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

.....

.....

Ulteriori spiegazioni sulla protezione dei dati sono disponibili sulla nostra homepage alla voce "Informativa sulla protezione dei dati"