

Notifica di morte

Datori di lavoro

Persona deceduta

Cognome

Nome

Data di nascita

Stato civile

- singolo sposato divorziato vedova
 associazione registrata partenariato disciolto

Numero di previdenza sociale

756.

Via, no.

CAP, Città

Data del decesso

Salari e stipendi

fino a quando:

Numero di mesi

Causa della morte

- Morte per malattia
 Morte per infortunio (si prega di allegare una copia della denuncia d'infortunio LAINF con indirizzo e numero di riferimento dell'assicuratore)
 Morte per suicidio (si prega di allegare una copia della denuncia d'infortunio LAINF con indirizzo e numero di riferimento della compagnia di assicurazione)

Persona di contatto

Cognome

Nome

Via, no.

CAP, Città

Indirizzo di contatto per domande durante il giorno (e-mail o numero di telefono)

Si prega di allegare il certificato di morte

Luogo

Firma del datore di lavoro

Data