

Inizio della sospensione lavorativa

delle persone con occupazione stagionale (sospensione dell'attività)

Azienda _____
 N. contratto _____
 Piano _____

Sospensione lavorativa a tempo determinato

La persona assicurata interessata da una sospensione lavorativa che, con ogni probabilità, riceverà di nuovo un contratto di lavoro nei sei mesi successivi, deve notificarci l'uscita tramite questo modulo.

Nota sull'uscita definitiva

Le persone il cui rapporto di lavoro è stato risolto in via definitiva,

- perché nei sei mesi successivi non riceveranno più alcun contratto di lavoro,
- perché, contrariamente alle aspettative, non hanno iniziato a lavorare alla fine della sospensione lavorativa,
- perché il loro contratto di lavoro è stato risolto per altri motivi,
- perché sono assicurate presso un nuovo istituto di previdenza,

devono esserci segnalate con il modulo «Notifica di uscita/Notifica di pensionamento» come uscite definitive.

	N. di assicurazione	Cognome Nome	Uscita al	Con capacità lavorativa completa	
1.	0756.	_____	_____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2.	0756.	_____	_____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
3.	0756.	_____	_____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
4.	0756.	_____	_____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
5.	0756.	_____	_____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Abilità al lavoro

Abbiamo contrassegnato con **No** la persona con capacità lavorativa **non completa** al momento dell'uscita.
 Abbiamo contrassegnato con **Sì** la persona con capacità lavorativa **completa** al momento dell'uscita.

Luogo e data

Firma del datore di lavoro