

## Fine sospensione lavorativa

delle persone con occupazione stagionale (ripresa dell'attività)

Azienda \_\_\_\_\_  
N. contratto \_\_\_\_\_  
Piano \_\_\_\_\_

---

### Fine della sospensione lavorativa temporanea

Al termine della sospensione lavorativa temporanea, la preghiamo di notificarci la ripresa dell'attività per tutte le persone per le quali ci ha comunicato la sospensione utilizzando questo modulo.

---

N. di assicurazione	Cognome Nome	Inizio periodo contributivo	Salario AVS annuo	Grado di occupazione in %	Con capacità lavorativa completa
1. 756.	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
2. 756.	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
3. 756.	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
4. 756.	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
5. 756.	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

Confermiamo la completa capacità lavorativa delle persone contrassegnate con «sì».

Luogo e data

Firma del datore di lavoro

---

---