

Notifica di mutazione assegni familiari

Indicazioni:

- Saranno elaborate unicamente le notifiche di mutazione riempite in ogni punto e corredate dai rispettivi documenti.
- Questo formulario può essere utilizzato **unicamente** se è già stata inoltrata una richiesta alla *medisuisse* per ottenere gli assegni familiari.

1 Datore/-trice di lavoro (indipendenti: si prega di indicare il numero di conteggio e l'indirizzo di lavoro)

| | | |
|----------------------|-------------|--------------------------------------|
| Cognome / Ditta | | Numero di conteggio |
| Indirizzo: Via / No. | NAP / Luogo | raggiungibile per (telefono, e-mail) |

2 Beneficiario/a

| | | |
|---------|------|--------------------------------|
| Cognome | Nome | No. di assicurato (Numero AVS) |
|---------|------|--------------------------------|

3 Mutazione beneficiario/a

- Uscita dall'impresa al: _____
- Salario è inferiore al limite al: _____
(592 fr./mensili risp. 7110 fr./annui)
- Trasloco (solo se cambia il cantone) al: _____
- Separazione o divorzio al: _____
allegare sentenza/convenzione di separazione o sentenza di divorzio
- Incapacità lavorativa (infortunio/malattia) dal: _____
oltre tre mesi
allegare certificato/i medico/i
- Congedo non retribuito dal: _____ al: _____
- Avvio o cambiamento dell'attività lavorativa dell'altro genitore al: _____ cantone: _____
- Cambiamento del primo avente diritto dal: _____
- _____

(Indicazione: Con la nascita di un ulteriore figlio va inoltrata una nuova richiesta.)

4 Mutazione figlio/a del/la beneficiario/a

Nome del figlio/a: _____

- Fine/Interruzione della formazione al: _____
allegare un'attestazione
- Ripresa della formazione dal: _____ al: _____
allegare conferma di frequentazione formativa

5 Indicazioni

| |
|--|
| |
|--|

6 Conferma e firma

| | |
|--|---|
| Il/la/i sottoscritto/a/i conferma/no di aver compilato la notifica di mutazione in modo veritiero: | |
| Data, firma beneficiario/a | Data, timbro e firma del datore di lavoro |