

## Notifica di probabile invalidità

### 1. Dati personali

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ N. Personale \_\_\_\_\_

Informazioni sul conto/nome della banca \_\_\_\_\_  
Numero IBAN \_\_\_\_\_  
Soggetto/a alle imposte alla fonte  sì  no

Dati dei figli di età inferiore a 18 anni o di età fino a 25 anni se ancora in formazione.

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Sesso  f  m

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Sesso  f  m

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Sesso  f  m

### 2. Dati relativi all'incapacità lavorativa

Inizio incapacità lavorativa \_\_\_\_\_  
Grado incapacità lavorativa in % \_\_\_\_\_  
 incidente  malattia  
Data di uscita \_\_\_\_\_

Iscrizione avvenuta presso le seguenti assicurazioni:

- Assicurazione d'indennità giornaliera per malattia (compagnia assicurativa) \_\_\_\_\_
- Assicurazione contro gli infortuni (compagnia assicurativa) \_\_\_\_\_
- Assicurazione invalidità confederale

### 3. Varie

Osservazioni \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Collaboratore/Collaboratrice responsabile per delucidazioni \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_