



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