Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI

Ufficio federale delle assicurazioni sociali UFAS
Affari internazionali

Aiuto per la determinazione della legislazione applicabile in materia di sicurezza sociale in caso di pluriattività secondo i Regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009

Questo modulo dev'essere compilato dai cittadini svizzeri o di uno Stato dell'UE/AELS CHE

1. *ha la residenza in Svizzera E*
2. *esercitano un'attività lucrativa in almeno due Stati (Svizzera, Stato dell'UE/AELS) OPPURE*
3. *esercitano un'attività lucrativa in un solo Stato (Svizzera, Stato dell'UE/AELS) e percepiscono prestazioni di sicurezza sociale di un altro (Svizzera, Stato dell'UE/AELS) OPPURE*
4. *esercitano un'attività lucrativa particolare sul nel territorio di vari Paesi (dipendenti pubblici, agenti contrattuali dell'UE, equipaggi di condotta e di cabina, marittimi).*

Si recommanda di trasmettere il modulo alla cassa di compensazione AVS competente per la determinazione.

Persona interessata

Numero di sicurezza sociale svizzero (n. AVS) (se noto)			
Cognome(i)			
Nome(i) registrato(i) allo stato civile			
Data di nascita (gg.mm.aaaa)			
Tutte le nazionalità			
Complemento d'indirizzo / casella postale			
Via e n.			
NPA		Luogo	
Stato			
Tel.		E-mail	
Assicurazione malattia obbligatoria (LAMal)			
Permesso di soggiorno in Svizzera per i cittadini dell'UE/EFTA	◯ L	◯ B	◯ G ◯ C

Attività lucrativa dipendente o indipendente (compilare una sezione per ogni attività lucrativa)

Categorie di persone	◯ Salariati	◯ Agenti contrattuali dell'UE
	◯ Indipendenti	◯ Personale di volo o di cabina
	◯ Dipendenti pubblici e personale assimilato	◯ Marittimi

Datore di lavoro / impresa			
Nome dell'impresa			
Persona di contatto			
Complemento d'indirizzo / casella postale			
Via e n.			
NPA		Luogo	
Stato			
Tasso di occupazione totale per questa attività	◯ meno del 5%	◯ 5% - 24.9%	◯ 25% o più
Luogo di lavoro per questa attività (è possibile selezionare più opzioni)	☐ paese del datore di lavoro ___ %		
	☐ attività nel paese di residenza ___ %		
	☐ telelavoro nel paese di residenza ___ %		
	☐ altri paesi ___ % in questi paesi		
Inizio del rapporto di lavoro (gg.mm.aaaa)			
Se il contratto di lavoro è a tempo determinato, indicarne la data di scadenza (gg.mm.aaaa)			
Assicurazione infortuni (LAINF)			
Istituzione di previdenza / cassa pensioni (LPP)			

Attività lucrativa dipendente o indipendente (compilare una sezione per ogni attività lucrativa)

Categorie di persone	◯ Salariati	◯ Agenti contrattuali dell'UE
	◯ Indipendenti	◯ Personale di volo o di cabina
	◯ Dipendenti pubblici e personale assimilato	◯ Marittimi

Datore di lavoro / impresa			
Nome dell'impresa			
Persona di contatto			
Complemento d'indirizzo / casella postale			
Via e n.			
NPA		Luogo	
Stato			
Tasso di occupazione totale per questa attività	◯ meno del 5%	◯ 5% - 24.9%	◯ 25% o più
Luogo di lavoro per questa attività (è possibile selezionare più opzioni)	☐ paese del datore di lavoro ___ %		
	☐ attività nel paese di residenza ___ %		
	☐ telelavoro nel paese di residenza ___ %		
	☐ altri paesi ___ % in questi paesi		
Inizio del rapporto di lavoro (gg.mm.aaaa)			
Se il contratto di lavoro è a tempo determinato, indicarne la data di scadenza (gg.mm.aaaa)			
Assicurazione infortuni (LAINF)			
Istituzione di previdenza / cassa pensioni (LPP)			

Prestazioni di sicurezza sociale

Tipo e durata della prestazione. Stato e istituzione che versano la prestazione.

☐ Nessuna

☐ Prestazione in caso d'invalidità

Stato	Istituzione
Inizio (gg.mm.aaaa)	Fine (gg.mm.aaaa)

☐ Prestazione in caso d'infortunio

Stato	Istituzione
Inizio (gg.mm.aaaa)	Fine (gg.mm.aaaa)

☐ Prestazione in caso di malattia

Stato	Istituzione
Inizio (gg.mm.aaaa)	Fine (gg.mm.aaaa)

☐ Prestazione in caso di disoccupazione

Stato	Istituzione
Inizio (gg.mm.aaaa)	Fine (gg.mm.aaaa)

☐ Prestazione in caso di maternità

Stato	Istituzione
Inizio (gg.mm.aaaa)	Fine (gg.mm.aaaa)

☐ Altro (precisare)

Stato	Istituzione
Inizio (gg.mm.aaaa)	Fine (gg.mm.aaaa)

I sottoscritti dichiarano che tutte le informazioni sono conformi al vero. Prendono atto che gli organi competenti possono effettuare controlli sia in Svizzera che negli Stati dell'UE/AELS; se le informazioni fornite dovessero rivelarsi false, potrà essere ordinato un assoggettamento ad un sistema di assicurazioni sociali estero.

Il datore di lavoro / lavoratore indipendente s'impegna a comunicare immediatamente alla cassa di compensazione qualsiasi cambiamento concernente le informazioni fornite nel presente modulo. **Fanno in modo che i contributi sociali siano riscossi in Svizzera sulla totalità del salario, a prescindere dallo Stato in cui esso viene versato.**

Informazione sulla protezione dei dati:

Le informazioni fornite nel presente modulo sono utilizzate dalla cassa di compensazione per eseguire il suo mandato legale. Esse possono essere rilevate, salvate elettronicamente e utilizzate nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati. I cofirmatari acconsentono a che i dati siano messi a disposizione di un organo di un'altra assicurazione sociale svizzera o di qualsiasi altra istituzione legittimata per legge, affinché le disposizioni legali possano essere applicate correttamente.

Il salariato

Data : .....

.....

Firma :

Il datore di lavoro / i datori di lavoro / lavoratore indipendente

Data : .....

.....

Timbro e firma :