



Cassa pensione della SSF  
Casella postale 6124  
Rue Pedro-Meylan 7  
1211 Ginevra 6

Tel.: 022 718 99 88  
Fax: 022 718 99 89  
info@cpssf.ch  
www.cpssf.ch

**Per uso interno**

N° assicurato : \_\_\_\_\_

Pretrattamento :  \_\_\_\_\_Mupe ok :  \_\_\_\_\_

## Avviso di mutazione

Questo avviso deve pervenire alla Cassa prima del 15 del mese interessato. Compilare solo la/le rubrica/rubriche interessata/e.

**Datore di lavoro**

Ragione sociale : \_\_\_\_\_ N° della società : \_\_\_\_\_

Via, n° : \_\_\_\_\_ Persona di contatto : \_\_\_\_\_

NPA / località : \_\_\_\_\_ N° di telefono : \_\_\_\_\_

**Assicurato**

N° assicurato : \_\_\_\_\_

Cognome : \_\_\_\_\_ Nome : \_\_\_\_\_

**Cambiamento di indirizzo**

Valido dal : \_\_\_\_\_

Via, n° : \_\_\_\_\_ N° di telefono : \_\_\_\_\_

NPA / località : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

**Cambiamento di stato civile** sposato     divorziato     separato     vedovo     altro: \_\_\_\_\_

Data del matrimonio civile : \_\_\_\_\_ Nuovo cognome : \_\_\_\_\_

**Cambiamento di salario/collettivo**Data del cambiamento di salario : \_\_\_\_\_ Salario annuo AVS lordo : CHF \_\_\_\_\_  
(al 1° del mese) (comprese 13<sup>a</sup> e gratifica)

Tasso di occupazione : \_\_\_\_\_ %

Collettivo (secondo convenzione d'adesione firmata) :  1     2     3     indipendente

Salario assicurato (determinato secondo collettivo sopra)    Salario annuo assicurato : CHF \_\_\_\_\_

**Congedo non pagato**Dal : \_\_\_\_\_ al : \_\_\_\_\_  
(al 1° del mese)

*I congedi superiori a 3 mesi necessitano l'invio di un avviso di uscita.*

**Cambio di statuto** Passaggio da indipendente a salariato il \_\_\_\_\_ Collettivo :  1     2     3

I firmatari di questo documento attestano che i dati sono completi e veritieri. In caso di modifica a uno degli elementi della presente dichiarazione, le parti interessate si impegnano ad informare tempestivamente la Cassa. In caso di dati non corretti o incompleti, quest'ultima può, nel quadro delle disposizioni di legge e/o regolamentari, ridurre o rifiutare le prestazioni, così come far valere pretese in risarcimento danni ed interessi.

Luogo e data : \_\_\_\_\_

Firma dell'assicurato : \_\_\_\_\_ Firma del datore di lavoro : \_\_\_\_\_