CCIH
Cassa di Compensazione ALFA dell'Industria Orologera

Datore di lavoro: _____
No Affiliato: _____
Indirizzo/Cantone: _____

# RICHIESTA ASSEGNO COMPLEMENTARE

Richiesta da riempire una volta al anno oppure alla partenze del dipendente

## A) RICHIEDENTE

**Numero d'assicurato:** ___.____.____.___

Cognome e nome: _____ Nazionalità: _____
Come da permesso soggiorno *(indicare anche il cognome da nubile)*

Data di nascita: ____ ____ _____
giorno mese anno

Indirizzo: _____
Via/numero/CAP/Luogo

Stato civile ☐ celibe/nubile ☐ sposato/a ☐ vedovo/a ☐ unione domestica registrata (LUD) ☐ separato/a ☐ divorziato/a

In caso di divorzio/separazione chi ha l'autorità parentale? ☐ la madre ☐ il padre ☐ condivisa

In caso di divorzio/separazione chi detiene la custodia? ☐ la madre ☐ il padre ☐ condivisa

Data di assunzione: _____ Data di fine contratto con l'impresa: _____

## B) SITUAZIONE DEL CONIUGE, CONVIVENTE, EX-CONIUGE, EX-CONVIVENTE

Cognome e nome : _____ Nazionalità: _____
Come da permesso soggiorno *(indicare anche il cognome da nubile)*

Date di nascita: ____ ____ _____ Numero d'assicurato: _____
giorno mese anno

Stato civile ☐ celibe/nubile ☐ sposato/a ☐ vedovo/a ☐ unione domestica registrata ☐ separato/a ☐ divorziato/a

Datore di lavoro : _____

## C) BAMBINI PER I QUALI IL RICHIEDENTE CONTRIBUISCE AL MANTENIMENTO

(Figli propri, adottivi o di una precedente unione che vivono principalmente in casa, bambini affidati, mantenuti e educati gratuitamente, fratelli, sorelle o nipoti.)

| | | | | Legame di parentela | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cognome e nome | | Data di nascita | Indrizzo dove il bambino abita principalmente se differente dall'indirizzo del richiedente | dell' attuale matrimonio | Del precedente matrimonio | Del coniuge | Fuori matrimonio | affidato/ adottato |
| 1 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

## D) PERIODO PER IL QUALE SI RICHIEDE L'ASSEGNO COMPLEMENTARE

Data inizio: _____ Data di fine: _____

## E) PAGAMENTO DEL ASSEGNO COMPLEMENTAIRE in Svizzera solo (se pagamento diretto)

☐ al datore di lavoro ☐ al richiedente (*riempire le coordinate qui sotto*)

Conto postale n° _____ IBAN : CH_____
Conto bancario n°° _____ Clearing _____ IBAN : CH_____
Filiale istituto : _____ Luogo : _____

**Firma del richiedente**

Il(la) sottoscritto(a) certifica che ha risposto in maniera completa e veridica a tutte le domande.

Data :

Firma del richiedente :

**Firma del datore di lavoro**

Il datore di lavoro certifica che le dichiarazioni del dipendente sono coerenti con le informazioni in suo possesso per quanto riguarda la situazione del dipendente.

Data : Timbro e firma :