

## Ripresa del lavoro

### Datore di lavoro

Ditta

Contratto n.

---

### Dipendente

N. polizza

---

Appellativo

- Signora  
 Signor

Nome

Cognome

---

Via

N.

---

NPA

Località

---

Paese

Data di nascita

---

Stato civile

E-mail

---

### Ripresa del lavoro

Data ripresa del lavoro

---

Categoria di persone

Unità organizzativa

---

Salario annuo

Grado d'occupazione in %

---

Al momento della ripresa del lavoro, la persona assicurata gode della piena capacità lavorativa risp. di guadagno?

- No  
 Sì

Grado dell'incapacità lavorativa risp. di guadagno in %

---

- È stata inviata la notifica all'assicurazione federale per l'invalidità
- È stata notificata una decisione AI
- È stata notificata una decisione dell'assicurazione contro gli infortuni

### Conferma datore di lavoro

- Con la presente dichiaro che le informazioni fornite sono veritiere.

Questa richiesta è stata registrata da

Nome

Cognome

---

Il vostro e-mail per eventuali richieste di risarcimento

---

### Protezione dei dati

Tutti i dati personali sono trattati in conformità con la legislazione applicabile in materia:

Per la previdenza professionale obbligatoria si applicano le disposizioni sulla protezione dei dati statuite dalla LPP (art. 85a e seguenti). Le disposizioni della LPD sono applicabili a titolo complementare. Per la previdenza professionale puramente sovraobbligatoria si applica la LPD (informazioni in merito, come ad es. l'identità e i dati di contatto delle persone responsabili, gli scopi del trattamento, ecc. sono disponibili su [www.helvetia.ch/protezionedeidati](http://www.helvetia.ch/protezionedeidati)).