

## Formulario di notifica per modifiche salariali *nel corso dell'anno*

Contratto n.: U230 \_ - \_ \_

### Nome e indirizzo dello studio (timbro altresì possibile)

Nome dello studio: \_\_\_\_\_

Via / N. \_\_\_\_\_

NPA / Località: \_\_\_\_\_

### Dati della persona assicurata

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

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

Numero AVS: 756. \_\_\_\_\_

Nuova somma del salario annuo: \_\_\_\_\_

Validità a partire da: \_\_\_\_\_

Grado d'occupazione  
per impiegati a tempo parziale: \_\_\_\_\_

Firma del titolare dello studio:

Data: \_\_\_\_\_