

Avviso di congedo non pagato

N° di contratto : U230_ - _ _

Nome e indirizzo del gabinetto dentistico (o timbro)

Nome del gabinetto : _____

Via e n° : _____

CAP, Luogo : _____

Dati relativi alla persona assicurata :

Cognome : _____

Nome : _____

Numero AVS : 756. _____

Congedo non pagato : dal : _____ al : _____

Salario annuo al momento della ripresa
del lavoro : _____

Tasso d'occupazione : _____ %

Copertura dei rischi durante il congedo : oui non

La persona assicurata é pienamente
abile al lavoro ? oui non

Firma del titolare :

Data : _____