

DICHIARAZIONE SALARI AVS

Dichiarazione dei salari per la cassa di compensazione

Anno di conteggio:

Dati dell'azienda

Numero di conteggio:

Nome dell'esercizio:

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|
| | | | | . | | | | | . | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|

Regione sociale, Titolare:

Via, Numero:

NPA, Località:

Telefono:

Fax:

Persona di contatto

Cognome, Nome:

Telefono diretto:

E-Mail:

Il presente riepilogo costituisce la base vincolante per il conguaglio annuale. Deve essere firmato e inviato alla Cassa di compensazione GastroSocial insieme alle dichiarazioni salariali dettagliate a tergo della presente o con tabulato di computer separato.

nessun personale assoggettato all'AVS

Dichiariamo che nell'anno di conteggio non abbiamo pagato alcun salario, stipendio, onorario di amministratore né altri compensi soggetti all'AVS. In tal caso si prega di barrare la casella e firmare il modulo.

| | Presumibili somme salariali per l'anno prossimo |
|-----------------------------------|---|
| Somma salariale AVS/AI/IPG | |
| Assegni per i figli | |

Dichiaro di avere compilato il conteggio dei contributi conformemente alla legislazione sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti e confermo con la mia firma che le informazioni fornite sono corrette.

Luogo e data

Timbro e firma

Numero di conteggio:

Anno di conteggio:

| | | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|---|--|--|
| | | | . | | | . | | |
|--|--|--|---|--|--|---|--|--|

Attestazione dei salari

Nome dell'esercizio:

Periodo d'attività durante l'anno di conteggio

| | Cognome, Nome della persona assicurata | Numero AVS | Data di nascita | Sesso | dal | al | Salario lordo AVS durante l'anno di conteggio | Assegni familiari | Uscita Si/No |
|---------------|--|------------|-----------------|---|-----|----|---|-------------------|---|
| 1 | | | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 2 | | | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 3 | | | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 4 | | | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 5 | | | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 6 | | | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 7 | | | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 8 | | | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 9 | | | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 10 | | | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 11 | | | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 12 | | | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 13 | | | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 14 | | | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 15 | | | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 16 | | | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 17 | | | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 18 | | | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 19 | | | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 20 | | | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Totale | | | | | | | | | |