

Sezione (lasciar vuoto) \_\_\_\_\_

Membro no. (lasciar vuoto) \_\_\_\_\_

Membro no. Associazione

//

Membro no. Cassa AVS

**DICHIARAZIONE D'ADESIONE per imprese singole****e****Modulo di registrazione per chiarire l'obbligo di calcolo e di contribuzione per l'AVS/AI/IPG/AD/CP**

Cognome, nome del titolare dell'impresa: \_\_\_\_\_

Stato civile: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

No AVS del titolare dell'impresa: \_\_\_\_\_

Cognome, nome e no. AVS della/del coniuge: \_\_\_\_\_

**Indirizzo dell'ufficio:**

Nome dell'impresa (denominazione) \_\_\_\_\_

Strada \_\_\_\_\_

NPA/località \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Telefax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Indirizzo privato:**

Strada \_\_\_\_\_

NPA/località \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Telefax \_\_\_\_\_

**Indirizzo di terzi:** \_\_\_\_\_

Ad es. fiduciaria \_\_\_\_\_

**Tipo d'esercizio**

Salone per signor^

per uomini

misto

Numero di posti \_\_\_\_\_

No. IVA oppure no. IDI \_\_\_\_\_

Ha aperto adesso il salone?

sì

no

Ha rilevato un salone già esistente?

sì

no

→ Se sì, da chi? \_\_\_\_\_

Data d'apertura o del rilevamento \_\_\_\_\_

**Alla dichiarazione d'adesione deve essere allegata una copia del contratto d'affitto!**

**Dà lavoro a dei dipendenti?**

sì

no

Se sì, quanti?

no.

no.

Moglie/marito collaboratrice/re		Parrucchiera/re già formato	
Apprendisti		Impiegati a tempo parziale	
Altri (tirocinanti, ricezione, ecc.)		<b>Totale (senza il titolare dell'impresa)</b>	

(Allegare copie dei certificati d'assicurazione oppure annunciare i dipendenti!)

**Oltre al salone principale, ha delle filiali?**

sì

no

Se sì, numero e indirizzo delle filiali \_\_\_\_\_

Indirizzo	Data del rilevamento	No. dipendenti	Somma salariale annua stimata

**Per l'impiego di dipendenti fuori della sede principale, vogliate per favore completare aggiungendo la somma salariale prevedibile (lorda) all'anno e per filiale.**

**Desidera il conteggio della filiale tramite azienda principale?**

sì

no

**La sua impresa è registrata nel registro di commercio?**

sì

no

→ Se sì, prego allegare l'estratto del RC (obbligatorio).

**Dichiarazione:**

La/il sottoscritta/o conferma che il modulo sia stato completamente compilato e, dopo la definitiva registrazione dalla **coiffureSUISSE**, s'impegna a seguire e soddisfare tutte le disposizioni e decisioni dell'associazione principale e della sezione.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma

**Da compilare dalla sezione:**

Timbro della sezione

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
2 Firma

**Allegati: valido contratto di locazione, copie dei certificati AVS, ev. accordo d'adesione CP, estratto registro del commercio**

**Domande rilevanti AVS:**

<b>Recapito per la corrispondenza:</b>	Indirizzo d'ufficio	Indirizzo privato	Indirizzo di terzi
<b>Chi è responsabile nella sua azienda per l'AVS:</b>	_____		
<b>Lingua di corrispondenza:</b>	tedesco	francese	italiano

**A quanto stimate l'importo del salario da pagare (lordo) all'anno per ogni dipendente:** Fr. \_\_\_\_\_

**A quanto stimate la cifra d'affari (lordo) in Fr. e in media al mese?** Fr. \_\_\_\_\_

**A quanto stimate il vostro presumibile reddito nel primo anno d'attività?** Fr. \_\_\_\_\_

**Desiderate versare i contributi AVS al mese o al trimestre?**

(Per somme salariali oltre i Fr. 200'000.-- all'anno, per legge i contributi vengono fatturati al mese).

al mese                      al trimestre

**Ha annunciato questo esercizio già presso un'altra Cassa di Compensazione AVS?**                      sì                      no

➔ **Se sì, nome della Cassa di Compensazione AVS:** \_\_\_\_\_

L'adesione alla **coiffureSUISSE** ha automaticamente come conseguenza l'adesione alla Cassa dell'associazione Coiffure & Esthétique. Un cambio di cassa viene avviato al prossimo momento possibile.

**Presso quale cassa ha conteggiato per ultimo i contributi AVS/AI/IPG/AD?**

Cassa di Compensazione: \_\_\_\_\_  
come indipendente                      come dipendente                      senza attività lucrativa

**Ammissione al PartnerWeb desiderato?**                      sì                      no

Questo servizio gratuito le rende possibile di sbrigare rapidamente e semplicemente diversi compiti (notifica dei collaboratori, comandare i certificati AVS, gli annunci annuali dei salari, ecc.). Vedi ulteriori dettagli cliccando [www.ahvpkcoiffure.ch](http://www.ahvpkcoiffure.ch).

<b>Recapito per il pagamento:</b>	
<b>Conto bancario</b>	
Nome della banca	_____
NPA, località	_____
Conto no.	_____ titolare conto _____
no. clearing.	_____ no. IBAN _____
<b>Conto postale</b>	
Conto no.	_____ titolare conto _____
<b>Procedimento d'addebito:</b> .....	sì                      no
(solo per i contributi AVS)	

**Cassa assegni familiari (CAF)**

Presso quale Cassa d'assegni familiari ha calcolato l'ultima volta i contributi CAF?

\_\_\_\_\_

→ Numero di dipendenti aventi diritto ad assegni familiari e di formazione:

\_\_\_\_\_

**Previdenza professionale (LPP)**

**Desidera per lei e/o per i suoi dipendenti un'adesione alla cassa pensione propria dell'associazione**

**Coiffure & Esthétique ?**

Sì, vi prego di sottoporre un'offerta non vincolante

No, i dipendenti sono già assicurati per LPP

Nome della cassa pensione:

\_\_\_\_\_

Polizza no.

\_\_\_\_\_

Indirizzo:

\_\_\_\_\_

**L'accordo d'adesione deve essere obbligatoriamente allegato!**

**Legge Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni (LAINF):**

Nome dell'assicurazione contro gli infortuni:

\_\_\_\_\_

Polizza no.:

\_\_\_\_\_

Indirizzo:

\_\_\_\_\_

**Osservazioni:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_