

### Questionario per le ditte

|                         |                         |                  |
|-------------------------|-------------------------|------------------|
| Numero di conteggio dal | Successore della ditta: | Ditta associata: |
|-------------------------|-------------------------|------------------|

1. Ditta: ..... Forma giuridica: .....
2. Indirizzo della ditta:  
 Via:.....No:.....  
 CAP: ..... Luogo:..... Cantone:.....  
 Indirizzo per la corrispondenza: CAP: ..... Luogo: ..... Casella postale: .....  
 Telefono: ..... Fax:..... Cellulare:.....  
 E-Mail: .....
3. Conto corrente postale: ..... oppure  
 indirizzo bancario:.....  
 Clearing no.:..... Conto no.: .....
4. Genere dell'azienda (ramo):: .....
5. Da quando gestite la vostra ditta sotto questa ragione sociale? .....
6. Iscrizione nel Registro di Commercio?  Sí (allegare copia FUSC)  no
7. Filiali

| CAP/Luogo | Via, No | Non riempire |
|-----------|---------|--------------|
|           |         |              |
|           |         |              |
|           |         |              |

8. Titolare della ditta (non concerne le società anonime e le sarl) / Associati:

| Cognome e nome | Indirizzo, CAP/Luogo | No. AVS | Non riempire |
|----------------|----------------------|---------|--------------|
|                |                      |         |              |
|                |                      |         |              |

9. Occupa dei dipendenti?  Sí , da quando? .....  no
10. Se avete ripreso attivo e passivo di una ditta esistente, indicare la data della ripresa del bilancio?  
 .....
11. Membro della Società Svizzera degli Impresari Costruttori dal .....  
 Affiliazione prevista per il .....
12. Indicare al massa salariale annuale approssimativa: Fr. ....
13. Indicare approssimativamente il totale degli assegni familiari annuali anticipati: Fr. ....
14. Siete affiliati con il vostro personale presso un'istituzione di previdenza iscritta nel registro della  
 previdenza professionale?  Sí , nome e indirizzo dell'istituzione di previdenza:  
 .....  
 No, perché? .....
15. Il vostro personale è assicurato secondo la LAINF?  Sí  no
16. Osservazioni .....

Luogo/Data: .....  
 Allegati: .....  
 Persona responsabile: .....  
 Telefono diretto: .....

Timbro e firma: