
rinviare a:

Cassa di Compensazione AVS dei Macellai
Wytttenbachstrasse 24
Postfach
3000 Bern 22

Cassa di Compensazione AVS dei
Macellai
Wytttenbachstrasse 24
Postfach
3000 Bern 22

Ricapitolazione dichiarazione salari 2022

Questa ricapitolazione rappresenta la base di calcolo per i contributi annui. Deve essere presentata con l'annuncio dettagliato dei salari direttamente sul retro di questa pagina o con una lista computer separata.

Nessun personale soggetto al contributo AVS

Vi segnaliamo che, nel 2022 non sono stati versati salari, onorari CA o altre retribuzioni soggette all'AVS. In questo caso indicare la data e firmare.

	Totale salari 2022	Totale salari previsti 2023
Contributi AVS/AI/IPG	_____	_____
Contributi AD	_____	_____
Contributi AD suppl.	_____	_____

Il suo personale soggetto alla LPP è regolarmente affiliato in base alle disposizioni LPP?

Le casse di compensazione sono tenute ad effettuare questo controllo annualmente. Corregga, se del caso, queste indicazioni.

SI :

NO, motivo (sono possibili più risposte):

.....
nome e luogo dell'attuale Istituto di previdenza

.....
No. polizza

- Nessun dipendente soggetto a LPP;
- poiché i singoli salari sono inferiori alla soglia d'entrata di CHF 21510.00 anni o CHF 1792.50
- i contratti di lavoro non superano i tre mesi;
- i dipendenti occupati sono solo extra;
- i dipendenti secondo l'AI sono invalidi almeno al 70%;
- i dipendenti sono membri della famiglia del proprietario dell'azienda agricola;
- I dipendenti non sono occupati regolarmente in Svizzera e sono quindi esonerati dalla previdenza.

In base alla LAINF, con chi ha concluso un'assicurazione infortuni per i suoi dipendenti?

Le casse di compensazione sono tenute ad effettuare questo controllo annualmente. La invitiamo pertanto a voler rispondere a questa domanda:

.....
Ente assicurativo

.....
No. polizza

Dichiaro di avere compilato il conteggio dei contributi in conformità alla legge sull'Assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti e confermo con la firma la correttezza delle informazioni:

.....
Luogo e data

.....
Timbro e firma

.....
Persona di contatto, No. telefono

.....
Numero di membro

totale
intermediario

totale finale
