**Dati personali dei beneficiari di onorari / membri di una commissione**

Numero di ordinazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La ditta BDO SA effettua il conteggio degli stipendi per le persone che esercitano un’attività lucrativa dipendente e per i membri delle commissioni dell’Amministrazione federale. Al fine di un primo rilevamento dei dati personali necessari, Le facciamo pervenire il presente questionario. I dati vengono gestiti nel rispetto delle vigenti prescrizioni sul trattamento dei dati personali nell’Amministrazione federale.

La preghiamo di compilare per intero il questionario.

# Dati personali del mandatario

|  |  |
| --- | --- |
| Appellativo |  |
| Cognome |  |
| Nome |  |
| Cognome da nubile / celibe |  |
| Data di nascita |  |
| Nazionalità | (compilare il n. 5, se non è di nazionalità svizzera) |
| N. di assicurato/a  (n. AVS) |  |
| Lingua per la  corrispondenza |  |

# È titolare di un’impresa nella forma di una persona giuridica (p. es. Sagl, SA) o l'onorario/gettone di presenza è pagato direttamente al vostro datore di lavoro?

Sì Passi direttamente alla domanda 6.3, 7 e 10.

No Prosegua dalla domanda 3.

# Esercita un’attività indipendente?

Sì Indichi la cassa di compensazione e il numero IVA (se l’attività è assoggettata all’IVA). (allegare una dichiarazione attuale della cassa di compensazione in cui figura il settore d’attività)

|  |  |
| --- | --- |
| N. IVA |  |
| Cassa di compensazione |  |
| Indirizzo |  |
| Telefono / e-mail |  |

Il/la sottoscritto/a in qualità di persona che esercita un’attività lucrativa indipendente, si assume  
prende atto che l’obbligo di conteggio e contributivo nei confronti della cassa di compensazione;

la cassa di compensazione competente può decidere di classificare l’attività in questione quale attività lucrativa dipendente e che in tal caso l’obbligo di con- teggio e contributivo spetta al committente.

|  |  |
| --- | --- |
| Data e firma |  |

No In tal caso riceverà un conteggio d’onorario quale persona che esercita un’attività lucrativa dipendente. Il committente riscuote i contributi dovuti alle assicurazioni sociali ed effettua il conteggio con la Cassa federale di compensazione.

# Stato civile / Figli

Stato civile  nubile/celibe  coniugato/a1)  separato/a 1)

divorziato/a1  vedovo/a1)  unione domestica registrata 1)

1) Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Figli  Sì  No

Se ha figli e se esercita a titolo principale l’attività per il committente menzionato, apponga una crocetta sulla casella che segue.

Desidero ricevere il modulo "Richiesta d’assegni familiari".

# Stranieri

|  |  |
| --- | --- |
| Nazionalità |  |

Carta di soggiorno  permesso di domicilio (C)

per stranieri:  permesso di dimora (B)

altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quando scade il Suo permesso? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assoggettamento all’imposta alla fonte con imposta di culto  
 Assoggettamento all’imposta alla fonte senza imposta di culto

# Indirizzi

## Domicilio del mandatario

|  |  |
| --- | --- |
| Via |  |
| Casella postale |  |
| NPA, luogo |  |
| Telefono / e-mail |  |

## Persone con domicilio e/o attività all’estero

Esercita un’attività lucrativa anche nel Suo Stato di domicilio o in un altro Stato?  Sì  No

**In caso affermativo, in quale Stato (o in quali Stati)?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In questo Stato (o Stati) è considerato/a come persona che esercita un’attività lucrativa:  
  dipendente

indipendente

Se esercita un’attività lucrativa nel Suo Stato di domicilio o in un altro Stato, compili il modulo per la pluriattività CH/UE/AELS «Aiuto per la determinazione della legislazione applicabile in materia di sicurezza sociale in caso di pluriattività secondo i Regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009» e lo inoltri insieme al presente documento.

Secondo l’articolo 21 capoverso 2 del regolamento (CE) n. 987/2009, i beneficiari di onorari (cittadini svizzeri o di uno Stato dell’UE o dell’AELS) che abitualmente lavorano o sono domiciliati in Stati dell’UE o dell’AELS adempiono agli eventuali obblighi del datore di lavoro (Amministrazione federale) per quanto riguarda il versamento dei contributi a favore della competente istituzione sociale.

A tal fine, al committente (Amministrazione federale) va consegnato il modulo A1 da cui è desumibile lo Stato in cui la persona è assicurata. Il modulo A1 deve essere presentato unitamente al modulo dei dati personali. Una volta ricevuti i moduli, l’obbligo contributivo viene stabilito in un accordo separato conformemente all’articolo 21 capoverso 2 del regolamento (CE) n. 987/2009. L’onorario convenuto contiene eventuali quote di contributo del datore di lavoro e costi di amministrazione dovuti allo Stato UE/AELS. L’assicurazione malattie è a carico del mandatario.

## Indirizzo della ditta (se ha risposto «Sì» alla domanda 2 o 3)

|  |  |
| --- | --- |
| Ditta |  |
| Sede della ditta |  |
| Iscrizione nel registro di commercio | Luogo e anno |
| Via |  |
| Casella postale |  |
| NPA, luogo |  |
| Telefono / e-mail |  |

# Riferimenti per il pagamento

|  |  |
| --- | --- |
| Posta / nome della banca |  |
| Titolare del conto |  |
| N. del conto postale /  bancario |  |
| N. IBAN |  |

# Cassa pensioni (solo se ha risposto «No» alla domanda 3)

Alla domanda 3 ha risposto «No», pertanto è considerato come persona che esercita un’attività lucrativa dipendente. Se le condizioni sono adempiute, presso la Cassa pensioni della Confederazione è assicurato anche contro le conseguenze economiche della vecchiaia, del decesso e dell’invalidità.

## Attività principale o accessoria

Esercito un’attività a titolo accessorio per il committente menzionato e a titolo principale svolgo un’attività indipendente (allegare una dichiarazione attuale della cassa di compensazione)

Esercito un’attività a titolo accessorio per il committente menzionato e sono già assicurato   
 obbligatoriamente per l’attività che svolgo a titolo principale (allegare una dichiarazione del da- tore di lavoro o della cassa pensioni)

È già assicurato/a presso un’altra cassa pensioni?

No  Sì / Nome della cassa pensioni: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Riceve una rendita della Cassa pensioni della Confederazione?

No  Sì (allegare la decisione di rendita)

# Altri rapporti di mandato presso l’Amministrazione federale

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Da | A | Unità amministrativa/Ufficio |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# Firma

Con la mia firma confermo l’esattezza delle indicazioni di cui sopra.

Luogo e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Da trasmettere al committente

|  |  |
| --- | --- |
| **Unità amministrativa** |  |
| Indirizzo |  |
| CH - NPA |  |

Allegati (spuntare come appropriato)

Copia della decisione di rendita

Copia della dichiarazione della cassa pensioni o del datore di lavoro

Copia della carta di soggiorno o del permesso di domicilio

Richiesta di rilascio di un certificato di distacco

Modulo A1

Modulo per la pluriattività CH/UE/AELS "Aiuto per la determinazione della legislazione applicabile in   
 materia di sicurezza sociale in caso di pluriattività secondo i Regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009"

Copia del passaporto