II

(Atti per i quali la pubblicazione non è una condizione di applicabilità)

COMMISSIONE

COMMISSIONE AMMINISTRATIVA DELLE COMUNITÀ EUROPEE PER LA SICUREZZA SOCIALE DEI LAVORATORI MIGRANTI

DECISIONE N. 72

del 1° ottobre 1972

che fissa i modelli dei formulari necessari all'applicazione dei regolamenti (CEE) nn. 1408/71 e 574/72 del Consiglio

(E 101—126; E 201—214; E 301—303; E 401—410)

(72/376/CEE)

LA COMMISSIONE AMMINISTRATIVA DELLE COMUNITÀ EUROPEE PER LA SICUREZZA SOCIALE DEI LAVORATORI MIGRANTI,

visto l'articolo 81, capoverso a), del regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio, del 14 giugno 1971, che stabilisce le modalità di applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori dipendenti ed ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, in forza dei quali essa è incaricata di regolare le questioni di ordine amministrativo derivanti dal regolamento (CEE) n. 1408/71 e da quelli ulteriori,

visto il paragrafo 1 dell'articolo 2 del regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio, del 21 marzo 1972, che fissa le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, in forza dei quali essa stabilisce i modelli dei certificati, attestati, dichiarazioni, domande ed altri documenti necessari all'applicazione dei regolamenti,

DECIDE:

1. Sono riprodotti, qui di seguito, i modelli dei formulari da utilizzare per l'applicazione dei regolamenti (CEE) nn. 1408/71 e 574/72 del Consiglio che entrano in vigore il 1° ottobre 1972.
2. Ogni formulario è disponibile nelle quattro lingue ufficiali delle Comunità (francese, tedesco, italiano, olandese) e sarà stampato in modo da permetterne la perfetta sovrapposizione nelle sue quattro versioni. In tal modo, ciascuno dei destinatari (aventi diritto, istituzione, datore di lavoro, ecc.) potrà ricevere il formulario nella propria lingua. L'istituzione che compila il formulario dovrà quindi compilare il primo esemplare e le copie che saranno necessarie nella lingua normalmente utilizzata dall'istituzione stessa; le altre copie saranno compilate utilizzando esemplari stampati nella lingua di ciascuno dei destinatari.

Non si può tuttavia rifiutare l'erogazione delle prestazioni in natura durante un periodo di dimora in uno Stato membro diverso dallo Stato competente (formulario E 111 in sostituzione del formulario E 6) per il fatto che l'interessato presenti un formulario compilato in una lingua diversa da quella (e) del paese nel quale è presentata la domanda di prestazioni.

I formulari sono composti da fogli separati, numerati pagina per pagina; dopo averli compilati, i fogli saranno riuniti in un unico formulario.

Il Presidente della commissione amministrativa

G. MEIJERINK

Lista dei formulari

E 101 — Certificato di distacco

E 102 — Proroga di distacco

E 103 — Esercizio del diritto di opzione

E 104 — Attestato concernente la totalizzazione dei periodi di assicurazione

E 105 — Attestato riguardante i familiari del lavoratore da prendere in considerazione per il calcolo delle prestazioni in denaro in caso di inabilità al lavoro

E 106 — Attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura per malattia e maternità dei residenti in paese diverso da quello competente

E 107 — Domanda di attestato di diritto a prestazioni in natura

E 108 — Notifica della sospensione o soppressione del diritto alle prestazioni in natura dell'assicurazione malattia e maternità

E 109 — Attestato per l'iscrizione dei familiari dei lavoratori e per la tenuta dell'inventario

E 110 — Attestato per lavoratori addetti ai trasporti internazionali

E 111 — Attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura durante la dimora in uno Stato membro

E 112 — Attestato riguardante il mantenimento delle prestazioni in corso dell'assicurazione malattia e maternità

E 113 — Ricovero ospedaliero — Notifica di entrata e di uscita

E 114 — Concessione di protesi, di grandi apparecchi, ecc.

E 115 — Domanda di prestazioni in denaro per inabilità al lavoro

E 116 — Rapporto medico in caso di inabilità al lavoro per malattia e maternità, infortunio sul lavoro, malattia professionale

E 117 — Concessione di prestazioni in denaro in caso di inabilità al lavoro

E 118 — Notifica di non riconoscimento o di cessazione dell'inabilità al lavoro

E 119 — Attestato riguardante il diritto dei disoccupati e dei loro familiari alle prestazioni dell'assicurazione malattia e maternità

E 120 — Attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura per i richiedenti di pensione o rendita e per i loro familiari

E 121 — Attestato per l'iscrizione dei titolari di pensione o rendita e per la tenuta dell'inventario

E 122 — Attestato per la concessione delle prestazioni in natura ai familiari di titolari di pensione o rendita

E 123 — Attestato concernente il diritto alle prestazioni in natura dell'assicurazione infortuni sul lavoro e malattie professionali

E 124 — Domanda di assegno di morte

E 125 — Conto individuale delle spese effettive

E 126 — Tariffe per il rimborso delle prestazioni in natura

E 201 — Attestato concernente la totalizzazione dei periodi di assicurazione

E 202 — Istruttoria di una domanda di pensione di vecchiaia

E 203 — Istruttoria di una domanda di pensione ai superstiti

E 204 — Istruttoria di una domanda di pensione ai superstiti

E 205 — Attestato concernente la carriera assicurativa in Belgio

— Attestato concernente la carriera assicurativa in Germania

— Attestato concernente la carriera assicurativa in Francia

— Attestato concernente la carriera assicurativa in Italia

— Attestato concernente la carriera assicurativa nel Lussemburgo

— Attestato concernente la carriera assicurativa nei Paesi Bassi

E 206 — Prospetto dei periodi di lavoro nelle miniere o aziende assimilate

E 207 — Informazioni riguardanti la carriera del lavoratore

E 208 — Determinazione dei diritti a pensione

E 209 — Determinazione degli importi della pensione

E 210 — Notifica di decisione relativa ad una domanda di pensione

E 211 — Riepilogo delle decisioni

E 212 — Mezzi e termini di ricorso

E 213 — Perizia medica dettagliata

E 214 — Rapporto medico relativo alla valutazione delle capacità e limiti funzionali

E 301 — Attestato relativo ai periodi da prendere in considerazione per la concessione delle prestazioni di disoccupazione

E 302 — Attestato relativo ai familiari da prendere in considerazione per il calcolo delle prestazioni di disoccupazione

E 303 — Attestato relativo alla conservazione del diritto alle prestazioni di disoccupazione

— Istruzioni per il disoccupato che desidera recarsi in un altro Stato membro per cercarvi un'occupazione

E 401 — Attestato concernente la composizione della famiglia per la concessione delle prestazioni familiari

E 402 — Certificato di proseguimento degli studi per la concessione delle prestazioni familiari

E 403 — Certificato di formazione professionale per la concessione delle prestazioni familiari

E 404 — Certificato medico per la concessione delle prestazioni familiari

E 405 — Prestazioni o assegni familiari in caso di occupazioni successive in più Stati membri tra le scadenze di pagamento previste dalla legislazione di tali Stati

E 406 — Domanda di assegni familiari per un lavoratore soggetto alla legislazione francese, la cui famiglia risiede in uno Stato membro diverso dalla Francia

E 407 — Attestato dei periodi di occupazione o di disoccupazione indennizzati in Francia per la concessione degli assegni familiari ai familiari di un lavoratore che risiedono in uno Stato membro diverso dalla Francia

E 408 — Domanda di informazioni

E 409 — Controllo della dichiarazione di non sussistenza di diritto ad assegni familiari a titolo di un'attività espletata nel paese di residenza della famiglia

E 410 — Notifica di annullamento del diritto agli assegni familiari

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 101 ☐ (1)

CERTIFICATO DI DISTACCO

Reg. 1408/71: art. 14.1.a.i; art. 14.2.a; art. 22.1.a.i; art. 22.3; art. 55.1.a.i
Reg. 574/72: art. 11.1; art. 20.1; art. 62.1

Da compilare dall'istituzione designata del paese ove ha sede l'impresa ai punti dall'1.1 al 7.5 e, se possibile, anche ai quadri 8 e 9. Un esemplare dello stampato deve essere consegnato al lavoratore o al datore di lavoro; l'altro deve essere inviato all'istituzione designata del paese ove il lavoratore è distaccato. Ove il lavoratore sia distaccato in Belgio, un esemplare del formulario va inviato all'Office national de sécurité sociale, a Bruxelles.

1 Lavoratore

1.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

1.2 Data di nascita: ..... Cittadinanza: .....

1.3 Indirizzo abituale (2): .....

.....

1.4 N. d'identificazione .....

2 Familiari che accompagnano il lavoratore

2.1 Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

3 Datore di lavoro

3.1 Nome o ragione sociale: .....

3.2 Indirizzo (2): .....

.....

4 Il lavoratore predetto è distaccato per un periodo che va, presumibilmente,

dal ..... al .....

4.1 (3) ☐ presso lo stabilimento seguente: ☐ sulla nave seguente:

5 Nome o ragione sociale: .....

5.1 Indirizzo (2): .....

.....

6 L'interessato resta sottoposto, per questo periodo, alla legislazione del paese ove ha sede l'impresa, in virtù del seguente articolo del Reg. n. 1408/71:

6.1 (3) ☐ 14.1.a.i ☐ 14.2.a

7 Istituzione designata del paese ove ha sede l'impresa

7.1 Denominazione: .....

7.2 Indirizzo (2): .....

.....

7.3 Timbro

7.4 Data: .....

7.5 Firma

.....

8 Da compilare dall'istituzione designata o dal lavoratore

8.1 Denominazione e indirizzo dell'istituzione competente per l'assicurazione malattia e maternità (2) (4):

.....

.....

8.2 Timbro

8.3 Data: .....

8.4 Firma dell'incaricato dell'istituzione .....

8.5 Firma del lavoratore .....

9 Da compilare dall'istituzione designata o dal datore di lavoro

9.1 Denominazione e indirizzo dell'istituzione competente per l'assicurazione infortuni sul lavoro (2):

.....

.....

9.2 Denominazione e indirizzo dell'istituzione competente per l'assicurazione malattie professionali (2) (5):

.....

.....

9.3 Timbro

9.4 Data: .....

9.5 Firma dell'incaricato dell'istituzione .....

9.5 Firma del datore di lavoro .....

E 101

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

Avvertenze per il lavoratore

a) Il presente documento consente al lavoratore ed ai familiari elencati al quadro 2, di ottenere da parte degli organismi assicuratori del paese nel quale è distaccato le prestazioni in natura in caso di malattia, maternità, infortuni sul lavoro e malattie professionali.

b) Quando sono necessarie prestazioni, compreso il ricovero in ospedale, il documento predetto deve essere presentato all'istituzione del luogo ove il lavoratore è distaccato, e cioè:

— **per ottenere prestazioni in caso di malattia e maternità:**

in **Belgio,** *all'organismo scelto (mutualité);*

in **Germania,** *all'A.O.K. (Cassa locale generale di malattia);*

in **Francia,** *alla „Caisse primaire d'assurance maladie" (Cassa primaria di assicurazione malattia);*

in **Italia,** *alla sede provinciale dell'INAM;*

in **Lussemburgo,** *alla „Caisse nationale d'assurance maladie des ouvriers" (Cassa nazionale di assicurazione malattia degli operai);*

nei **Paesi Bassi,** *all'„Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds" (ANOZ) (Cassa mutua generale di malattia dei Paesi Bassi) Kromme Nieuwe Gracht 56, Utrecht. Si può richiedere l'assistenza del medico, del dentista e del farmacista direttamente, senza contatti preliminari con l'ANOZ.*

— **per ottenere prestazioni in caso di infortunio sul lavoro:**

in **Belgio,** *all'organismo scelto (mutualité);*

in **Germania,** *all'A.O.K. (Cassa locale generale di malattia);*

in **Francia,** *alla „Caisse primaire d'assurance maladie" (Cassa primaria di assicurazione malattia);*

in **Italia,** *alla sede provinciale dell'INAIL;*

in **Lussemburgo,** *all' „Association d'assurance contre les accidents" (Associazione di assicurazione contro gli info tuni);*

nei **Paesi Bassi,** *all'„Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds„ (ANOZ) (Cassa mutua generale di malattia dei Paesi Bassi) Kromme Nieuwe Gracht 56, Utrecht. Si può richiedere l'assistenza del medico, del dentista e del farmacista direttamente, senza contatti preliminari con l'ANOZ.*

c) Qualora i riquadri 2, 8 e 9 non siano stati redatti dall'istituzione, il lavoratore deve provvedere a compilare i quadri 2 e 8 ed a far compilare il quadro 9 dal suo datore di lavoro prima di partire per il paese ove è stato distaccato.

d) Per ottenere prestazioni in natura, in luogo del presente stampato, il lavoratore può esibire il modulo E 111.

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese ove ha sede l'impresa: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.
(2) Codice postale, località, via, numero, paese.
(3) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione riferentesi al caso che interessa.
(4) Per i Paesi Bassi indicare la Cassa malattia (Ziekenfonds).
(5) Da compilare solo se trattasi di un'istituzione diversa da quella menzionata sub 9.1.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 102 ☐ (1)

PROROGA DEL DISTACCO

Reg. 1408/71: art. 14.1.a.ii; art. 14.2.a; art. 22.1.i; art. 22.3; art. 55.1.a.i.
Reg. 574/72: art. 11.2; art. 20.1; art. 62.1

A. Da compilare dal datore di lavoro

1 All'istituzione (2)

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (3): .....

.....

2 Lavoratore

2.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

2.2 Data di nascita: ..... Cittadinanza: .....

2.3 Indirizzo abituale (3): .....

.....

2.4 N. d'identificazione: .....

3 Istituzione competente per l'assicurazione

3.1 Infortuni sul lavoro (denominazione, indirizzo) (3):

.....

.....

3.2 Malattie professionali (denominazione, indirizzo) (3) (7):

.....

.....

4 Il lavoratore predetto è stato distaccato in virtù del seguente articolo del Reg. 1408/71:

4.1 (4) ☐ 14.1.a.i ☐ 14.2.a

4.2 per il periodo dal ..... al .....

4.3 (4) ☐ presso lo stabilimento seguente ☐ sulla nave seguente

5 Nome o ragione sociale: .....

5.1 Indirizzo (3): .....

.....

6 Tale lavoratore era portatore di un certificato di distacco (Mod. E 101)

6.1 rilasciato dalla seguente istituzione (denominazione e indirizzo) (3):

.....

.....

6.2 il ....., valido sino al .....

7 Il sottoscritto chiede, per il citato lavoratore, la conservazione dell'assoggettamento alla legislazione

del paese ☐ (1)

7.1 per il periodo dal ..... al ..... (5)

8 Datore di lavoro

8.1 Nome o ragione sociale: .....

8.2 Indirizzo (3): .....

.....

8.3 Timbro

8.4 Data: .....

8.5 Firma

.....

B. Da compilare dall'autorità competente o dall'organismo designato del paese di occupazione (6)

9 Dichiariamo

9.1 (4) ☐ essere d'accordo ☐ non essere d'accordo

a che il lavoratore indicato al quadro 2 continui ad essere assoggettato alla legislazione di sicurezza sociale

del paese ☐ (1)

9.2 per il periodo dal ..... al .....

9.3 Timbro

9.4 Data: .....

9.5 Firma

.....

C. Da compilare dal lavoratore

10 Istituzione competente per l'assicurazione malattia e maternità (8)

10.1 Denominazione: .....

10.2 Indirizzo (3): .....

.....

E 102

11 Familiari che accompagnano il lavoratore

11.1 Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

12 Data: .....

13 Firma

.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello (in quattro esemplari). Esso comporta 4 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

Avvertenze per il datore di lavoro

a) Il datore di lavoro deve compilare la parte A del formulario, in quattro esemplari, che invierà all'autorità competente o all'organismo designato del paese ove il lavoratore è stato distaccato, e cioè:

per il **Belgio,** *al Ministère de la Prévoyance sociale, Bruxelles, oppure all'Office National de Sécurité sociale, Bruxelles;*

per la **Germania,** *al Bundesministerium (Ministero del Lavoro e Previdenza sociale), Bonn;*

per la **Francia,** *alla Direction régionale de la sécurité sociale (Direzione regionale della sicurezza sociale);*

*per l'***Italia,** *al Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale, Roma;*

per il **Lussemburgo,** *al Ministère du Travail et de la Sécurité sociale (Ministero del Lavoro e della Sicurezza sociale);*

per i **Paesi Bassi,** *al Ministerie van Sociale Zaken (Ministero degli Affari sociali), l'Aia.*

b) Alla ricezione di due degli esemplari dello stampato compilati alla parte B, il datore di lavoro ne consegnerà uno al lavoratore.

Avvertenze per il lavoratore

a) Il presente documento consente al lavoratore, ed ai suoi familiari elencati al quadro 11, di ottenere, da parte degli organismi assicuratori del paese nel quale è distaccato, le prestazioni in natura in caso di malattia, maternità, infortunio sul lavoro e malattia professionale.

b) Quando sono necessarie prestazioni, compreso il ricovero in ospedale, il documento predetto deve essere presentato all'istituzione del luogo ove il lavoratore è distaccato, e cioè:

— **per ottenere prestazioni in caso di malattia e maternità:**

in **Belgio,** *all'organismo scelto (mutualité);*

in **Germania,** *all'A.O.K. (Cassa locale generale di malattia);*

in **Francia,** *alla „Caisse primaire d'assurance maladie" (Cassa primaria di assicurazione malattia);*

in **Italia,** *alla sede provinciale dell'INAM;*

in **Lussemburgo,** *„alla Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Ouvriers" (Cassa Nazionale di Assicurazione Malattia degli Operai)*

nei **Paesi Bassi,** *all' „Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds" (ANOZ) (Cassa mutua generale di malattia dei Paesi Bassi) Kromme Nieuwe Gracht 56, Utrecht. Si può richiedere l'assistenza del medico, del dentista e del farmacista direttamente, senza contatti preliminari con l'ANOZ.*

— **per ottenere prestazioni in caso di infortunio sul lavoro:**

in **Belgio,** *all'organismo scelto (mutualité);*

in **Germania,** *all'A.O.K. (Cassa locale generale di malattia);*

in **Francia,** *alla „Caisse primaire d'assurance maladie" (Cassa primaria di assicurazione malattia);*

in **Italia,** *alla sede provinciale dell'INAIL;*

in **Lussemburgo,** *all' „Association d'assurance contre les accidents" (Associazione di assicurazione contro gli infortuni);*

nei **Paesi Bassi,** *all' „Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds" (ANOZ) (Cassa mutua generale di malattia dei Paesi Bassi) Kromme Nieuwe Gracht 56, Utrecht. Si può richiedere l'assistenza del medico, del dentista e del farmacista direttamente, senza contatti preliminari con l'ANOZ.*

c) Il lavoratore deve compilare la parte C dello stampato, tenendo presente, in particolare, che al quadro 11 devono essere indicati i familiari che hanno diritto alle prestazioni dell'assicurazione malattia e maternità.

d) Per ottenere prestazioni in natura dell'assicurazione malattia e maternità, in luogo del presente stampato, il lavoratore può esibire, alle istituzioni indicate alla lettera b) che precede, il modulo E 111.

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese ove ha sede l'impresa: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Da indirizzare come indicato alla lettera a) delle « Avvertenze per il datore di lavoro ».

(3) Codice postale, località, via, numero, paese.

(4) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione riferentesi al caso che interessa.

(5) Questo periodo non può andare oltre il 24° mese a decorrere dalla data dell'inizio del distacco.

(6) Due copie dello stampato devono essere restituite al richiedente, una copia va inviata all'istituzione designata nel paese ove ha sede l'impresa.

(7) Da compilare unicamente se si tratta di una istituzione diversa da quella indicata sub 3.1.

(8) Per i Paesi Bassi indicare la Cassa malattia (Ziekenfonds).

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 103 [ ] (1)

ESERCIZIO DEL DIRITTO DI OPZIONE

Reg. 1408/71: art. 16.2 e 3
Reg. 574/72: art. 13.2 e 3; art. 14.1 e 2

Il lavoratore, compilata la parte A del modulo — come precisato alle lettere a) e b) delle avvertenze — lo consegna od invia come precisato alle lettere a) e c) delle avvertenze predette. L'istituzione che ha ricevuto lo stampato di cui trattasi ne riempie la parte B e ne trasmette una copia al lavoratore.

A. Opzione

1 Il sottoscritto

1.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

1.2 Data di nascita: ..... Cittadinanza: .....

1.3 N. d' identificazione: .....

1.4 Indirizzo (2): .....

.....

2 Occupato dal .....

2.1 (3) [ ] in qualità di ..... presso la missione diplomatica/l'ufficio consolare

.....

2.2 (3) [ ] in qualità di (4) .....

al servizio privato del seguente datore di lavoro (5) .....

che appartiene alla missione diplomatica/l'ufficio consolare .....

2.3 (3) [ ] come agente ausiliario presso le Comunità europee

3 Dichiara di optare per la legislazione di sicurezza sociale

3.1 (6) [ ] dello Stato membro di cui è cittadino

3.2 (6) [ ] dello Stato membro alla quale è stato soggetto da ultimo, e cioè:

(6) [ ] belga (6) [ ] tedesca (6) [ ] francese

(6) [ ] italiana (6) [ ] lussemburghese (6) [ ] olandese

4 Località e data .....

5 Firma del lavoratore

.....

6 Autorità delle Comunur cheopeeità e ha concluso il contratto con l'agente

6.1 Denominazione: .....

6.2 Indirizzo (2): .....

.....

6.3 Timbro

6.4 Data: .....

6.5 Firma

.....

B. Attestato

7 Si prende atto che il lavoratore menzionato al quadro 1 è assoggettato alla legislazione

(6) ☐ belga ☐ tedesca ☐ francese

(6) ☐ italiana ☐ lussemburghese ☐ olandese

7.1 a partire dal .....

7.2 e per il periodo durante il quale egli permane nell'occupazione indicata nella parte A (art. 16.2, secondo capoverso, del Reg. 1408/71), fatta salva una nuova opzione alla fine di un anno civile.

8 Istituzione designata dall'autorità competente

8.1 Denominazione: .....

8.2 Indirizzo (2): .....

.....

8.3 Timbro

8.4 Data: .....

8.5 Firma

.....

E 103

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello (in quattro esemplari). Esso comporta 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

Per il personale addetto alle missioni diplomatiche o uffici consolari e per i domestici privati al loro servizio

a) *Dopo essere stata compilata, una copia del modulo alla parte A, ad eccezione del riquadro 6, deve essere consegnata al datore di lavoro; due copie si devono inviare all'istituzione designata dall'autorità competente dello Stato membro per la cui legislazione è stato optato e cioè:*

per il **Belgio,** *all'Office national de sécurité sociale, Bruxelles;*

per la **Germania,** *all'A.O.K. Bonn (Cassa locale generale di malattia), Bonn;*

per la **Francia,** *alla Direction régionale de la sécurité sociale (Direzione regionale della sicurezza sociale);*

per **l'Italia,** *alla sede provinciale dell'INAM;*

per il **Lussemburgo,** *al Ministère du Travail et de la Sécurité sociale (Ministero del Lavoro e della Sicurezza sociale), Lussemburgo;*

per i **Paesi Bassi,** *al Sociale Verzekeringsraad (Consiglio delle Assicurazioni sociali) R. J. Schimmelpenningklaan, 20, l'Aia.*

Per l'autorità delle Comunità europee, abilitata a concludere il contratto di assunzione dei suoi agenti ausiliari

b) *All'atto dell'assunzione di un agente ausiliario, se questi desidera avvalersi del suo diritto di opzione, l'autorità delle Comunità europee abilitata gli farà compilare la parte A del presente modulo, eccezion fatta per il quadro 6, che dovrà essere compilato dall'autorità in causa.*

c) *Due copie del predetto modulo dovranno essere inviate all'istituzione designata dall'autorità competente dello Stato membro per la cui legislazione l'agente ha optato (vedasi precedente lettera a).*

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese di residenza del compilatore: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Codice postale, località, via, numero, paese.

(3) Delle indicazioni 2.1, 2.2, 2.3, fornire quella riferentesi alla situazione del lavoratore che compila lo stampato e riportare una X nel quadratino relativo all'indicazione stessa.

(4) Indicare la qualifica: autista, cuoca, ecc.

(5) Indicare cognome e nomi del datore di lavoro.

(6) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione che interessa. Si tenga presente che l'addetto ad una missione diplomatica o ad un ufficio consolare oppure la persona al suo servizio può optare solo per la legislazione di sicurezza sociale dello Stato membro di cui è cittadino.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 104 ☐ (1)

ATTESTATO CONCERNENTE LA TOTALIZZAZIONE DEI PERIODI DI ASSICURAZIONE

Malattia — maternità — morte (assegno) — tubercolosi

Reg. 1408/71: art. 18.1; art. 64
Reg. 574/72: art. 16; art. 79

L'istituzione competente compila la parte A dello stampato e trasmette due copie dello stesso all'istituzione dello Stato membro alla cui legislazione l'interessato è stato soggetto da ultimo. Questa istituzione redige la parte B dello stampato e lo restituisce all'istituzione che glielo aveva inviato. Qualora lo stampato in argomento sia stato richiesto dall'interessato, l'istituzione tenuta a rilasciarlo, compila la parte B del modulo e lo consegna o lo trasmette all'interessato medesimo.

Parte A

1 All'istituzione

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (2): .....

.....

2 Assicurato

2.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile ..... Data di nascita .....

2.2 N. d'identificazione .....

2.3 Ultimo datore di lavoro nel paese alla cui legislazione è stato soggetto da ultimo:

2.4 Nome o ragione sociale: .....

2.5 Indirizzo (2): .....

.....

3 Per dare seguito ad una domanda di prestazioni avanzata dalla persona soprannominata si prega di comunicare i periodi di assicurazione che

3.1 a decorrere dal .....

3.2 la persona stessa ha compiuto, in forza della legislazione di codesto Stato, nel quadro, dell'assicurazione:

(3) ☐ malattia e maternità ☐ morte (assegno) ☐ tubercolosi

4 Istituzione competente

4.1 Denominazione: .....

4.2 Indirizzo (2): .....

.....

4.3 Timbro

4.4 Data: .....

4.5 Firma

.....

Parte B

5 All'istituzione competente (4)

5.1 Denominazione: .....

5.2 Indirizzo (2): .....

.....

6 Assicurato (5)

6.1 Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
.....	.....	.....	.....

6.2 N. di identificazione: .....

7 La persona indicata (3) ☐ al quadro 2 ☐ al quadro 6

ha compiuto (3) ☐ nel corso degli ultimi 2 anni (6) ☐ dal .....

8 i seguenti periodi di assicurazione:

8.1	dal	al	per il (7) rischio	.....
8.2	dal	al	per il (7) rischio	.....
8.3	dal	al	per il (7) rischio	.....
8.4	dal	al	per il (7) rischio	.....
8.5	dal	al	per il (7) rischio	.....
8.6	dal	al	per il (7) rischio	.....
8.7	dal	al	per il (7) rischio	.....
8.8	dal	al	per il (7) rischio	.....
8.9	dal	al	per il (7) rischio	.....
8.10	dal	al	per il (7) rischio	.....

9 Istituzione che compila la parte B

9.1 Denominazione: .....

9.2 Indirizzo ([2]): .....

.....

9.3 Timbro

9.4 Data: .....

9.5 Firma

.....

E 104

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 4 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A dello stampato: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Passi.

(2) Codice postale, località, via, numero, paese.

(3) Riportare una croce nel quadratino che precede l'indicazione riferentesi al caso che interessa.

(4) Da compilare solo nel caso in cui lo stampato sia emesso su richiesta dell'istituzione competente.

(5) Da compilare solo nel caso in cui lo stampato venga consegnato direttamente all'interessato.

(6) Se l'attestato è destinato ad una istituzione italiana, al fine di ottenere le prestazioni dell'assicurazione tubercolosi e se l'interessato non ha un anno di contribuzione negli ultimi due anni, è necessario indicare i periodi di assicurazione negli ultimi cinque anni.

(7) Indicare il tipo del rischio coperto: malattia, maternità, morte (assegno), tubercolosi.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 105 [ ] (1)

ATTESTATO RIGUARDANTE I FAMILIARI DEL LAVORATORE DA PRENDERE IN CONSIDERAZIONE PER IL CALCOLO DELLE PRESTAZIONI IN DENARO IN CASO DI INABILITÀ AL LAVORO

Reg. 1408/71: art. 23.3; art. 58.3
Reg. 574/72: art. 25.1 e 2; art. 70.1

Da compilare da parte dell'istituzione di assicurazione malattia o da un'istituzione designata del luogo di residenza dei familiari e da consegnare al lavoratore.

1 Lavoratore

1.1 Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
.....	.....	.....	.....

1.2 Indirizzo (2) nel paese di residenza o di dimora :

.....

.....

1.3 N. d'identificazione: .....

2 Il lavoratore sopraindicato ha i seguenti familiari a carico:

3 Familiari

3.1 Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita	Rapporto di parentela
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

4 Istituzione del luogo di residenza dei familiari

4.1 Denominazione: .....

4.2 Indirizzo (2): .....

.....

4.3 Timbro

4.4 Data: .....

4.5 Firma

.....

E 105

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 2 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

Avvertenze per il lavoratore

a) Qualora dobbiate fruire di prestazioni in denaro per inabilità al lavoro in Belgio, Germania o Francia, la cui legislazione prevede che l'importo di dette prestazioni sia variabile in relazione ai familiari, dovete produrre il presente attestato all'organismo assicuratore presso il quale siete iscritto.

b) L'attestato è valido per un periodo di 12 mesi a decorrere dalla data del suo rilascio (vedi punto 4.4). Alla scadenza di tale validità potete chiederne il rinnovo all'istituzione del luogo di residenza dei vostri familiari (vedi punti 4.1 e 4.2).

c) Siete tenuto a notificare immediatamente, all'organismo assicuratore presso il quale siete iscritto, qualsiasi modifica intervenuta nelle indicazioni riportate nell'attestato in parola.

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Codice postale, località, via, numero, paese.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 106 ☐ (1)

ATTESTATO RIGUARDANTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA PER MALATTIA E MATERNITÀ DEI RESIDENTI IN PAESE DIVERSO DA QUELLO COMPETENTE

Lavoratori e familiari con loro residenti - Familiari di disoccupati

Reg. 1408/71: art. 19.1.a; art. 19.2; art. 25.3
Reg. 574/72: art. 17.1 e 4; art. 27, prima frase

L'istituzione competente compila la parte A dello stampato e consegna due copie dello stesso all'assicurato, oppure le trasmette, se del caso, tramite l'organismo di collegamento all'istituzione del luogo di residenza, qualora questa abbia richiesto lo stampato di cui trattasi. Quest'ultima istituzione — ricevute le copie citate dall'assicurato o dall'istituzione competente — riempie la parte B del modulo e rinvia un esemplare del modulo medesimo all'istituzione competente.

A. Notifica del diritto

1 All'istituzione del luogo di residenza (2)

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (3): .....

.....

1.3 Riferimento al vostro modulo E 107 del .....

2 (4) ☐ Lavoratore ☐ Lavoratore frontaliero ☐ Disoccupato

2.1 Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
.....	.....	.....	.....

2.2 N. d'identificazione: .....

2.3 Indirizzo (3) nel paese di residenza: .....

.....

3 Familiare (5)

3.1 Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
.....	.....	.....	.....

3.2 Indirizzo nel paese di residenza (3): .....

.....

4 (4) ☐ Il lavoratore sopraindicato ed i familiari (6) con lui residenti

4.1 (4) ☐ I familiari (6) del disoccupato sopraindicato

5 hanno diritto alle prestazioni in natura per malattia e maternità (7)

dal .....

6 Tale diritto si protrae:

6.1 (4) ☐ fino a quando non sia stato notificato l'annullamento del presente attestato

6.2 (4) ☐ per tre mesi dal giorno del rilascio del presente attestato (8)

7 Istituzione competente (7)

7.1 Denominazione: .....

7.2 Indirizzo (3): .....

.....

7.3 Timbro

7.4 Data: .....

7.5 Firma

.....

B. Notifica dell'iscrizione (9)

8 All'istituzione competente

8.1 Denominazione: .....

8.2 Indirizzo (3): .....

.....

9

9.1 (4) ☐ Il lavoratore indicato al quadro 2 con i familiari indicati al quadro 10

9.2 (4) ☐ I familiari del disoccupato indicati al quadro 10

9.3 (4) ☐ sono stati iscritti presso la sottoscritta istituzione dal .....

9.4 (4) ☐ non sono stati iscritti presso la sottoscritta istituzione per il seguente motivo:

.....

10 Familiari

10.1 Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

11 Istituzione del luogo di residenza

11.1 Denominazione: .....

11.2 Indirizzo ([4]): .....

.....

11.3 Timbro

11.4 Data: .....

11.5 Firma

.....

E 106

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 4 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

Avvertenze per l'assicurato

a) Il presente stampato dà diritto a beneficiare delle prestazioni di malattia e maternità

— *a voi ed ai vostri familiari,* **se siete occupato;**

— *ai vostri familiari che risiedono in uno Stato membro diverso da quello nel quale siete assicurato* **se siete disoccupato.**

b) Le due copie dello stampato in vostro possesso devono essere consegnate il più presto possibile:

— **se siete occupato,** *da voi, all'istituto di assicurazione malattia e maternità del luogo ove risiedete;*

— **se siete disoccupato** *dai vostri familiari, all'istituto di assicurazione malattia e maternità del luogo ove i familiari stessi risiedono.*

c) I citati istituti di assicurazione malattia e maternità sono:

in **Belgio,** *l'organismo scelto (mutualité);*

in **Germania,** *l'A.O.K. (Cassa locale generale di malattia);*

in **Francia,** *la „Caisse primaire d'assurance maladie" (Cassa primaria di assicurazione malattia);*

in **Italia,** *la sede provinciale dell'INAM;*

in **Lussemburgo,** *la „Caisse nationale d'assurance maladie des ouvriers" (Cassa nazionale di assicurazione malattia degli operai);*

nei **Paesi Bassi,** *una Cassa malattia competente per il luogo di residenza.*

d) Agli effetti del diritto alle prestazioni in natura, lo stampato in argomento è valido dalla data indicata al punto 5 del presente stampato e per la durata segnalata al quadro 6 dello stesso, in corrispondenza del quadratino contrassegnato con una X.

e) Voi od i vostri familiari siete tenuti ad informare l'istituzione del luogo di residenza di qualsiasi cambiamento intervenuto nella vostra situazione che possa modificare il diritto alle prestazioni in natura, in particolare: l'abbandono, il mutamento, la ripresa dell occupazione, oppure qualsiasi trasferimento di residenza o di dimora vostro o dei vostri familiari.

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A dello stampato: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Da compilare solo qualora lo stampato sia emesso su richiesta dell'istituzione del paese di residenza.

(3) Codice postale, località, via, numero, paese.

(4) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione riferentesi al caso che interessa.

(5) Da compilare solo se lo stampato riguarda i familiari di un disoccupato, fornendo le notizie riferentisi ad uno qualsiasi dei familiari stessi.

(6) Il familiari aventi diritto si individuano secondo la legislazione del paese di residenza.

(7) Il diritto alle prestazioni per malattia tubercolare per gli assicurati ad istituzioni italiane deve essere attestato dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (I.N.P.S.).

(8) Se lo stampato è emesso da una istituzione francese.

(9) Ove il presente formulario sia rilasciato per rinnovare un attestato emesso in precedenza, non occorre compilare la parte B.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 107 [ ] (1)

DOMANDA DI ATTESTATO DI DIRITTO A PRESTAZIONI IN NATURA

Reg. 1408/71: art. 19.1.a; art. 19.2; art. 22.1.a.i, b.i e c.i; art. 22.3; art. 25.1.a e 3; art. 25.1; art. 23.1; art. 29.1; art. 31; art. 52.a; art. 55.1.a.i, b.i e c.i

Reg. 574/72: art. 17.1; art. 20.3 e 4; art. 21.1; art. 22.1 e 3; art. 23; art. 27, prima frase; art. 28; art. 29.2; art. 30.1; art. 31.1; art. 60.1; art. 62.3,4 e 7; art. 63.1 e 3

L'istituzione del paese di residenza o di dimora compila la parte A e trasmette due copie dello stampato all'istituzione competente secondo quanto previsto dagli articoli del Reg. 574/72 sopraccitati. Detta istituzione — qualora non ritenga di trasmettere il modulo richiesto — riempie la parte B e manda una copia dello stampato all'istituzione che glielo aveva inviato. Per il Belgio, paese competente, la parte A dello stampato deve essere indirizzata all'istituzione di assicurazione malattia, a meno che non si tratti di infortunio sul lavoro accertato o di malattia di cui sia stato riconosciuto il carattere professionale.

A. Da compilare dall'istituzione di residenza o di dimora

1 All'istituzione

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (2): .....

.....

2 (3) ☐ Lavoratore ☐ Titolare di pensione o rendita

(3) ☐ Disoccupato ☐ Richiedente la pensione o rendita

2.1 Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
.....	.....	.....	.....

2.2 (3) ☐ titolare ☐ richiedente

pensione o rendita di

(3) ☐ vecchiaia ☐ invalidità ☐ superstiti

(3) ☐ infortunio sul lavoro ☐ malattia professionale

N. ..... (4) categoria ..... (4)

2.3 Istituzione debitrice della pensione o rendita

.....

2.4. N. d'identificazione: .....

2.5 Indirizzo abituale: (2) .....

.....

3 Ultimo datore di lavoro ([5])

3.1 Nome o ragione sociale: .....

3.2 Indirizzo ([2]): .....

.....

3.3 Tipo di azienda ([6]): .....

3.4 Istituzione di assicurazione per infortuni sul lavoro alla quale è iscritto:

.....

4 Familiari ([7])

4.1 Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

4.2 Indirizzo ([2]) nel paese di residenza ([8]): .....

.....

5 Il ..... abbiamo ricevuto domanda dalla persona indicata

([3]) ☐ al quadro 2 ☐ al quadro 4

tendente ad ottenere

5.1 ([3]) ☐ la concessione di prestazioni in natura

5.2 ([3]) ☐ la proroga del diritto alle prestazioni in natura

5.3 ([3]) ☐ l'iscrizione a questa istituzione come avente diritto alle prestazioni in natura

6 Le prestazioni in natura ([3]) ☐ sono state ☐ non sono state concesse

6.1 ai sensi dell'art. ([3]) ☐ 20.3 ☐ 29.2 ☐ 60.1 ☐ 62.3 del reg. 574/72

7 Si prega inviare l'attestato del diritto alle prestazioni — formulario E .....
oppure comunicare l'impossibilità di rilasciare detto attestato

8 ☐ Si allega il rapporto medico E 116 ([9])

9 Istituzione del luogo di residenza o di dimora

9.1 Denominazione: .....

9.2 Indirizzo ([2]): .....

.....

9.3 Timbro

9.4 Data: .....

9.5 Firma

.....

B. Da compilare dall'istituzione competente

10 All'istituzione di residenza o di dimora ([10])

10.1 Denominazione: .....

10.2 Indirizzo ([2]): .....

.....

11 Si notifica di non poter rilasciare l'attestato richiesto nella parte A per il seguente motivo:

.....

.....

12 Istituzione competente

12.1 Denominazione: .....

12.2 Indirizzo ([2]): .....

.....

12.3 Timbro

12.4 Data: .....

12.5 Firma

.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 4 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A dello stampato: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Codice postale, località, via, numero, paese.

(3) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione che interessa.

(4) Da indicare solo nel caso in cui l'istituzione debitrice della pensione o rendita sia italiana.

(5) Da compilare solo se lo stampato si riferisce ad un lavoratore o ad un disoccupato.

(6) Da indicare solo se lo stampato riguarda un lavoratore che presumibilmente ha subìto un infortunio sul lavoro.

(7) Da compilare solo nei riguardi dei familiari per i quali è stata richiesta la concessione di prestazioni o l'iscrizione all'istituzione. In quest'ultimo caso, indicare un solo componente del nucleo familiare.

(8) Da indicare solo se l'indirizzo dei familiari differisce da quello del capo famiglia.

(9) Da allegare solo quando è necessario. In tal caso, riportare una X nell'apposito quadratino.

(10) Istituzione di cui al quadro 9.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 108 [ ] (1)

NOTIFICA DELLA SOSPENSIONE O SOPPRESSIONE DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA DELL'ASSICURAZIONE MALATTIA E MATERNITÀ

Residenti in paese diverso da quello competente

Reg. 1408/71: art. 19.1.a. e 2; art. 25.3; art. 26.1; art. 28.1; art. 29.1
Reg. 574/72: art. 17.2 e 3; art. 27; art. 28; art. 29.5; art. 30; art. 94.4; art. 95.4

L'istituzione competente redige la parte A dello stampato e trasmette due copie dello stampato stesso all'istituzione del luogo di residenza ed eventualmente tramite l'organismo di collegamento. Quest'ultima istituzione compila la parte B e — al più presto possibile — invia un esemplare del modulo all'istituzione competente.

A. Notifica

1 All'istituzione

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (2): .....

.....

2 (3) [ ] Lavoratore [ ] Lavoratore frontaliero [ ] Titolare di pensione o rendita
(3) [ ] Disoccupato [ ] Richiedente la pensione o rendita

2.1 Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
.....	.....	.....	.....

2.2 N. d'identificazione: .....

2.3 Indirizzo nel paese di residenza (2): .....

.....

3 Familiare (4)

3.1 Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
.....	.....	.....	.....

3.2 Indirizzo nel paese di residenza (2): .....

.....

4 Il diritto attestato con il nostro

modulo ..... del .....

è stato sospeso / soppresso per il motivo seguente:

4.1 (3) [ ] il lavoratore non è più assicurato presso la sottoscritta istituzione dal .....

4.2 (3) [ ] la pensione o rendita del titolare dal

..... è sospesa / soppressa

4.3 (3) ☐ tutte le persone che erano iscritte all'istituzione in indirizzo, dal

..... risiedono nello Stato competente

4.4 (3) ☐ il titolare è deceduto il .....

4.5 (3) ☐ (5) .....

5 Istituzione competente

5.1 Denominazione: .....

5.2 Indirizzo (2): .....

.....

5.3 Timbro

5.4 Data: .....

5.5 Firma

.....

B. Avviso di ricezione della notifica

6 All'istituzione competente

6.1 Denominazione: .....

6.2 Indirizzo (2): .....

.....

7 La notifica di cui alla parte A è pervenuta alla sottoscritta istituzione in data

.....

8 (3) ☐ La persona di cui alla parte A
(3) ☐ non ha più beneficiato
(3) ☐ non beneficerà più
di prestazioni a decorrere dal

.....

☐ Le persone di cui alla parte A
☐ non hanno più beneficiato
☐ non beneficeranno più

9 Istituzione del luogo di residenza

9.1 Denominazione: .....

9.2 Indirizzo (2): .....

.....

9.3 Timbro

9.4 Data: .....

9.5 Firma

.....

E 108

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato: B = Belgio, D = Germania, F = Francia, I = Italia, L = Lusemburgo, N = Paesi Bassi.

(2) Codice postale, località, via, numero paese.

(3) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione riferentesi al caso che interessa.

(4) Da compilare esclusivamente nei casi in cui lo stampato notifichi la soppressione o la sospensione del diritto alle prestazioni in natura dei soli familiari; in tal caso, indicare uno solo dei membri del nucleo familiare, a meno che si tratti dei familiari di un lavoratore frontaliero.

(5) Indicare l'eventuale altro motivo.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 109 ☐ (1)

ATTESTATO PER L'ISCRIZIONE DEI FAMILIARI DEI LAVORATORI E PER LA TENUTA DELL'INVENTARIO

Reg. 1408/71: art. 19.2
Reg. 574/72: art. 17.1, 2, 3 e 4; art. 94.4

L'istituzione competente compila la parte A dello stampato e consegna due copie dello stampato stesso al lavoratore oppure invia tali copie, se del caso, tramite l'organismo di collegamento, all'istituzione del luogo di residenza, qualora sia stata questa istituzione a richiedere il modulo di cui trattasi. Quest'ultima istituzione — ricevute le copie citate — riempie la parte B del modulo e ne restituisce una copia all'istituzione competente. Nel caso in cui i familiari risiedano in paesi diversi, si compili un attestato per ciascuno dei paesi stessi.

A. Notifica del diritto

1 All'istituzione del luogo di residenza (2)

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (3): .....

.....

1.3 Riferimento al vostro modulo E 107 del .....

2 (4) ☐ Lavoratore ☐ Lavoratore stagionale

2.1 Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
.....	.....	.....	.....

2.2 N. d'identificazione: .....

2.3 Indirizzo (3): .....

.....

3 Familiare (5)

3.1 Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
.....	.....	.....	.....

3.2 Indirizzo (3): .....

.....

4 Il lavoratore predetto ha diritto per i suoi familiari alle prestazioni in natura dell'assicurazione malattia e maternità, a meno che i familiari stessi non abbiano già diritto a tali prestazioni a norma della legislazione dello Stato ove risiedono.

5 Questo diritto decorre dal .....

6 e si protrae

6.1 (4) ☐ fino a quando non sarà notificato l'annullamento del presente attestato

6.2 (4) ☐ per tre mesi dal giorno del rilascio del presente attestato (6)

6.3 (4) ☐ sino alla fine del lavoro stagionale prevista e cioè sino

al ....., a meno che, anteriormente, non sia stato notificato un annullamento

7 Istituzione competente

7.1 Denominazione: .....

7.2 Indirizzo (3): .....

.....

7.3 Timbro

7.4 Data: .....

7.5 Firma

.....

B. Notifica dell'iscrizione (8)

8 All'istituzione competente

8.1 Denominazione: .....

8.2 Indirizzo (3): .....

.....

9 ☐ (7)

9.1 I familiari di cui al quadro 2 non hanno potuto essere iscritti perché

9.2 (4) ☐ non esiste alcun familiare avente diritto

9.3 (4) ☐ tutti i familiari hanno già diritto alle prestazioni in natura a norma di quanto previsto dalla legislazione di questo Stato

9.4 (4) ☐ non è stato presentato lo stato di famiglia richiesto

9.5 (4) ☐ (9) .....

10 ☐ (7)

10.1 I seguenti familiari del lavoratore indicato al quadro 2 sono stati iscritti come aventi diritto alle prestazioni in natura

10.2 Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

10.3 L'onere delle citate prestazioni è a carico dell'istituzione in indirizzo, la data di decorrenza per il conteggio del forfait di cui all'art. 94 del Reg. 574/72 è il

.....

11 Istituzione del luogo di residenza

11.1 Denominazione: .....

11.2 Indirizzo (3): .....

.....

11.3 Timbro

11.4 Data: .....

11.5 Firma

.....

E 109

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 4 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

Avvertenze per il lavoratore

a) *Il presente stampato dà diritto ai vostri familiari a beneficiare delle prestazioni in natura per malattia e maternità, nello Stato ove risiedono, in conformità alle norme legislative di tale Stato ed a meno che i familiari stessi non abbiano già diritto alle predette prestazioni in forza delle norme citate.*

b) *Le due copie del presente stampato — appena in vostro possesso — devono essere da voi inviate ai vostri familiari, i quali le devono presentare* **immediamente** *all'istituto di assicurazione malattia e maternità del luogo dove risiedono, e cioè:*

in **Belgio,** *all'organismo scelto (mutualité);*

in **Germania,** *all'A.O.K. (Cassa locale generale di malattia);*

in **Francia,** *alla „ Caisse primaire d'assurance maladie " (Cassa primaria di assicurazione malattia);*

in **Italia,** *alla sede provinciale dell'INAM;*

in **Lussemburgo,** *alla „ Caisse nationale d'assurance maladie des ouvriers " (Cassa nazionale di assicurazione malattia degli operai)*

nei **Paesi Bassi,** *ad una Cassa malattia competente per il luogo di residenza;*

c) *Agli effetti del diritto alle prestazioni in natura, lo stampato in argomento è valido dalla data indicata al punto 5 del medesimo e per la durata segnalata al quadro 6 dello stampato, in corrispondenza del quadratino contrassegnato con una X.*

d) *Voi od i vostri familiari siete tenuti ad informare l'istituzione del luogo di residenza di qualsiasi cambiamento intervenuto nella vostra situazione che possa modificare il diritto alle prestazioni in natura, in particolare; l'abbandono, il mutamento, la ripresa dell'occupazione, oppure qualsiasi trasferimento di residenza o di dimora vostro o dei vostri familiari.*

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A dello stampato: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; = I Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Da compilare solo qualora lo stampato sia emesso su richiesta dell'istituzione del luogo di residenza.

(3) Codice postale, località, via, numero, paese.

(4) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione riferentesi al caso che interessa.

(5) Da compilare in riferimento ad uno qualsiasi dei familiari.

(6) Se lo stampato è emesso da un'istituzione francese.

(7) Dei due quadri 9 e 10, compilare quello che interessa e riportare una X nel quadratino relativo al quadro stesso.

(8) Ove il presente attestato sia già stato rilasciato per rinnovare l'attestato emesso in precedenza, di cui sia scaduta la validità, l'istituzione del luogo di residenza non è tenuta a compilare la parte B.

(9) Per il seguente motivo.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 110 [ ] (1)

ATTESTATO PER LAVORATORI ADDETTI AI TRASPORTI INTERNAZIONALI

Reg. 1408/71: art. 14.1.b; art. 22.1.a.i; art. 22.3; art. 55.1.a.i
Reg. 574/72: art. 20.2; art. 62.2

Il modulo deve essere compilato ed eventualmente convalidato dal datore di lavoro e consegnato al lavoratore.

A. Attestato iniziale

1 Lavoratore

1.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

1.2 Data di nascita: ..... Cittadinanza: .....

1.3 Indirizzo abituale (2): .....

.....

2 Familiari che accompagnano il capo famiglia

2.1 Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

3 Istituzione competente per l'assicurazione

3.1 infortuni sul lavoro (denominazione, indirizzo) (2)

.....

.....

3.2 malattie professionali (denominazione, indirizzo) (2) (5)

.....

.....

4 Il sottoscritto attesta che il soprannominato lavoratore è alle sue dipendenze

dal .....

5 Datore di lavoro

5.1 Nome o ragione sociale: .....

5.2 Attività dell'impresa: .....

5.3 Indirizzo (2): .....

.....

5.4 Timbro

5.5 Data: .....

5.6 Firma del datore di lavoro o di un suo incaricato

.....

6 Organismo competente per l'assicurazione malattia e maternità (3) (6)

6.1 Denominazione: .....

6.2 Indirizzo (2): .....

.....

6.3 N. d' identificazione del lavoratore: .....

6.4 Data: .....

6.5 Firma del lavoratore

.....

6.6 Firma del datore di lavoro o di un suo incaricato

.....

B. Convalide successive (4)

7 Il datore di lavoro indicato al riquadro 5 attesta che il lavoratore menzionato in precedenza è ancora alle sue dipendenze alla data sottoindicata.

8 Data	8.1 Firma del datore di lavoro o di un suo incaricato

E 110

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

Avvertenze per il lavoratore

a) Il presente documento è valido durante il mese di emissione o nei due mesi civili successivi (vedi punto 5.5 e 8).

b) Nei limiti della predetta validità esso consente a voi, ed ai vostri familiari elencati al quadro 2, di beneficiare delle prestazioni in natura nello Stato membro dove vi trovate nell'esercizio del vostro lavoro.

c) Quando sono necessarie prestazioni in natura, dovete produrre quanto prima il presente documento all'istituto di assicurazione del paese ove vi trovate e cioè:

— **in caso di malattia e maternità:**

in **Belgio,** *all'organismo scelto (mutualité);*

in **Germania,** *all'A.O.K. (Cassa locale generale di malattia);*

in **Francia,** *alla „Caisse primaire d'assurance maladie" (Cassa primaria di assicurazione malattia);*

in **Italia,** *alle sede provinciale dell'INAM;*

in **Lussemburgo,** *alla „Caisse nationale d'assurance maladie des ouvriers" (Cassa nazionale di assicurazione malattia degli operai);*

nei **Paesi Bassi,** *all'„Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds (ANOZ)" (Cassa mutua generale di malattia dei Paesi Bassi) Kromme Nieuwe Gracht 56, Utrecht. Si può richiedere l'assistenza del medico, del dentista e del farmacista direttamente, senza contatti preliminari con l'ANOZ.*

— **in caso di infortunio sul lavoro:**

in **Belgio,** *all'organismo scelto (mutualité);*

in **Germania,** *all'A.O.K. (Cassa locale generale di malattia);*

in **Francia,** *alla „Caisse primaire d'assurance maladie" (Cassa primaria di assicurazione malattia) ;*

in **Italia,** *alla sede provinciale dell'I.N.A.I.L.;*

in **Lussemburgo,** *all'„Association d'assurance contre les accidents" (Associazione di assicurazione contro gli infortuni), Lussemburgo;*

nei **Paesi Bassi,** *all'„Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds (ANOZ)" (Cassa mutua generale di malattia dei Paesi Bassi) Kromme Nieuwe Gracht 56. Utrecht. Si può richiedere l'assistenza del medico, del dentista e del farmacista direttamente, senza contatti preliminari con l'ANOZ.*

d) Siete tenuto a compilare il quadro 6 dello stampato, qualora il vostro datore di lavoro non vi abbia già provveduto.

e) Per ottenere prestazioni in natura, in luogo del presente stampato, potete esibire il modulo E 111.

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese ove ha sede l'impresa: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Codice postale, località, via, numero, paese.

(3) Se, a norma della legislazione dello Stato competente, il datore di lavoro non è tenuto a conoscere l'istituzione competente per l'assicurazione malattia e maternità, il quadro deve essere compilato dal lavoratore.

(4) La presente parte può essere utilizzata solo qualora non sia intervenuta alcuna variante rispetto alle notizie fornite nella parte A.

(5) Da compilare esclusivamente se si tratta di una istituzione diversa da quella di cui al quadro 3.1.

(6) Per i Paesi Bassi si indichi la Cassa malattia (Ziekenfonds).

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 111 ☐ (1)

ATTESTATO RIGUARDANTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA DURANTE LA DIMORA IN UNO STATO MEMBRO

Reg. 1408/71: art. 22.1.a.i; art. 22.3; art. 31
Reg. 574/72: art. 20.5; art. 21.1; art. 23; art. 31.1 e 3

L'istituzione competente o, se del caso, l'istituzione del luogo di residenza del titolare di pensione o rendita, compila il formulario e lo restituisce all'interessato oppure lo trasmette all'istituzione del luogo di dimora ove sia stato emesso su richiesta di quest'ultima.

1 All'istituzione

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (3): .....

.....

1.3 Riferimento: vostro formulario E 107 del .....

2 ☐ Lavoratore ☐ Titolare di pensione o rendita (2)

2.1	Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
	.....	.....	.....	.....

2.2 Indirizzo abituale (3) .....

.....

2.3 Numero d'identificazione: .....

3 Familiari (4)

3.1	Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

3.2 Indirizzo abituale (3) (5): .....

.....

4 Le persone predette hanno diritto alle prestazioni in natura dell'assicurazione malattia e maternità che possono essere corrisposte

4.1 (6) ☐ dal ..... al .....

4.2 (6) ☐ per i casi di malattia insorti fino al ..... incluso

e per ..... giorni ..... settimane

E 111

5	Istituzione competente

5.1 Denominazione: .....

5.2 Indirizzo ([3]): .....

.....

5.3 Timbro

5.4 Data: .....

5.5 Firma

.....

E 111

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

Avvertenze per l'assicurato e per i familiari:

a) Il presente documento consente

— *all'assicurato e ai familiari elencati al quadro 3, che si trovino temporaneamente in un paese (paese di dimora) diverso dallo Stato competente,*

— *al titolare di pensione o rendita ed ai suoi familiari indicati al quadro 3 che si trovino temporaneamente in un paese (paese di dimora) diverso da quello ove hanno la residenza abituale,*

di ottenere, da parte degli organismi assicuratori del predetto paese di dimora, le prestazioni in natura in caso di malattia e maternità ed anche, a titolo provvisorio, in caso di infortunio sul lavoro e malattia professionale.

b) Quando sono necessarie prestazioni, compreso il ricovero in ospedale, il documento di cui trattasi deve essere presentato all'istituzione di assicurazione del paese di dimora e cioè:

in **Belgio,** *all'organismo scelto (mutualité);*

in **Germania,** *all'A.O.K. (Cassa locale generale di malattia);*

in **Francia,** *alla „Caisse primaire d'assurance maladie" (Cassa primaria di assicurazione malattia);*

in **Italia,** *alla sede provinciale dell'INAM;*

in **Lussemburgo,** *alla „Caisse nationale d'assurance maladie des ouvriers" (Cassa nazionale di assicurazioni malattia degli operai); Lussemburgo;*

nei **Paesi Bassi,** *all'Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds (ANOZ) (Cassa mutua generale di malattia dei Paesi Bassi) Kromme Nieuwe Gracht 56, Utrecht. Si può richiedere l'assistenza del medico, del dentista e del farmacista direttamente senza contatti preliminari con l'ANOZ.*

c) Il diritto alle prestazioni per malattia tubercolare per gli assicurati presso istituzioni italiane deve essere attestato dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (I.N.P.S.).

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione riferentesi al caso che interessa.

(3) Codice postale, località, via, numero, paese.

(4) Indicare soltanto i familiari che si recano temporaneamente in un altro Stato membro.

(5) Da indicare solo qualora l'indirizzo dei familiari differisca da quello del lavoratore o del titolare di pensione o rendita.

(6) Le due indicazioni sono in alternativa; compilare solo quella che interessa e riportare una X nel relativo quadratino.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 112 ☐ (1)

ATTESTATO RIGUARDANTE IL MANTENIMENTO DELLE PRESTAZIONI IN CORSO DELL'ASSICURAZIONE MALATTIA E MATERNITÀ

Reg. 1408/71: art. 22.1.b.i; art. 22.1.c.i; art. 22.3
Reg. 574/72: art. 22.1 e 3; art. 23

L'istituzione competente consegna lo stampato all'interessato, che lo presenta all'istituzione di assicurazione malattia del luogo ove si reca.

1 Lavoratore

1.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile ..... Data di nascita .....

1.2 Indirizzo nel paese competente (2):

.....

.....

1.3 Indirizzo nel paese ove si trasferisce (2) (3):

.....

.....

1.4 N. d'identificazione: .....

2 Familiare che si trasferisce

2.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile ..... Data di nascita .....

2.2 Indirizzo nel paese competente (2) (4):

.....

.....

2.3 Indirizzo nel paese ove si trasferisce (2):

.....

.....

3 La persona indicata (5) ☐ al quadro 1 ☐ al quadro 2
è autorizzata a conservare il beneficio delle prestazioni in natura di malattia e maternità nello Stato

..... ove si reca

3.1 (5) ☐ per stabilire la propria residenza

3.2 (5) ☐ per ricevere cure presso ..... (7)

4 In virtù del presente attestato le predette prestazioni possono essere concesse

4.1 sino al .....

5 Il rapporto del nostro medico di controllo (5)

5.1 (5) ☐ è allegato in busta chiusa

5.2 (5) ☐ è stato inviato il ..... a (6) .....

.....

5.3 (5) ☐ può essere richiesto alla sottoscritta istituzione

6 Istituzione competente

6.1 Denominazione: .....

6.2 Indirizzo (2): .....

.....

6.3 Timbro

6.4 Data: .....

6.5 Firma

.....

E 112

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

Avvertenze per l'assicurato

Il presente attestato deve essere da voi presentato senza indugio all'istituzione di assicurazione malattia e maternità del luogo nel quale vi siete trasferito, e cioè:

in **Belgio,** *all'organismo scelto (mutualité);*

in **Germania,** *all'A.O.K. (Cassa locale generale di malattia);*

in **Francia,** *alla „Caisse primaire d'assurance maladie" (Cassa primaria di assicurazione malattia);*

in **Italia,** *alla sede provinciale dell'INAM;*

in **Lussemburgo,** *alla „Caisse nationale d'assurance maladie des ouvriers" (Cassa nazionale di assicurazione malattia degli operai);*

nei **Paesi Bassi,** *ad una Cassa di malattia competente per il luogo di residenza oppure, ove si tratti di dimora temporanea, all' „Allgemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds" (ANOZ) (Cassa mutua generale di malattia dei Paesi Bassi) Kromme Nieuwe Gracht, 56; Utrecht. Si può richiedere l'assistenza del medico, del dentista e del farmacista direttamente, senza contatti preliminari con l'ANOZ.*

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia, L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Codice postale, località, via, numero, paese.

(3) Da compilare solo se l'attestato è valevole per il lavoratore.

(4) Da compilare solo se l'indirizzo del familiare differisce da quello del lavoratore.

(5) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione riferentesi al caso che interessa.

(6) Denominazione e indirizzo dell'istituzione alla quale è stato inviato il rapporto medico in parola.

(7) Da precisare, se del caso.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 113 ☐ (1)

RICOVERO OSPEDALIERO — NOTIFICA DI ENTRATA E DI USCITA

Reg. 1408/71: art. 19; art. 22; art. 25.1 e 3; art. 31; art. 52.a; art. 55.1
Reg. 574/72: art. 17.6; art. 20.6; art. 21.2; art. 22.2 e 3; art. 23; art. 26.3; art. 27; art. 31.2 e 3; art. 60.5; art. 62.8; art. 63.2

Il presente formulario deve essere redatto per il rimborso delle prestazioni in natura sulla base delle spese effettivamente sostenute. Da compilare dall'istituzione del luogo di residenza o di dimora, nella parte A per notificare l'entrata nell'istituto di cura, nella parte B per la notifica di uscita, e da inviare all'istituzione competente.

1 All'istituzione competente

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (2): .....

.....

2

(3) ☐ Lavoratore ☐ Richiedente la pensione o rendita

(3) ☐ Disoccupato ☐ Titolare di pensione o rendita

2.1 Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
.....	.....	.....	.....

2.2 N. d'identificazione: .....

2.3 Indirizzo nel paese di residenza o di dimora (2):

.....

.....

3 Familiare ricoverato

3.1 Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
.....	.....	.....	.....

3.2 Indirizzo nel paese di residenza o di dimora (2) (8):

.....

.....

4 Riferimento:

4.1 (3) ☐ al vostro modulo ..... del ..... (4)

4.2 (3) ☐ al nostro modulo E 107 del .....

E 113

A. Notifica di entrata

5 La persona indicata (3) ☐ al quadro 2 ☐ al quadro 3

5.1 è stata ricoverata il .....

5.2 nell'istituto di cura (5) .....

5.3 a seguito di (3) ☐ malattia ☐ maternità ☐ infortunio sul lavoro (9)

(3) ☐ malattia professionale (6)

5.4 Si presume che la degenza si protrarrà sino al .....

5.5 ☐ (7) Documenti giustificativi o rapporto medico in allegato

B. Notifica di uscita

6 La degenza notificata

(3) ☐ con il modulo E 113 del .....

(3) ☐ nella parte A che precede

ha avuto fine il .....

7 Istituzione del luogo di residenza o di dimora

7.1 Denominazione: .....

7.2 Indirizzo (2): .....

.....

7.3 Timbro

7.4 Data: .....

7.5 Firma

.....

E 113

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Codice postale, località, via, numero, paese.

(3) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione riferentesi al caso che interessa.

(4) Indicare il numero del modulo attestante il diritto alle prestazioni dell'assicurato.

(5) Denominazione dell'istituto di cura.

(6) Da indicare se possibile.

(7) Se del caso, riportare una X nel quadratino.

(8) Da indicare esclusivamente quando l'indirizzo del familiare differisce da quello indicato al quadro 2.

(9) Se la vittima è assicurata in Belgio, si indichi il nome e l'indirizzo del datore di lavoro.

Nome o ragione sociale: .....

Indirizzo (2): .....

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 114 [ ] (1)

CONCESSIONE DI PROTESI, DI GRANDI APPARECCHI, ECC.

Reg. 1408/71: art. 19; art. 22; art. 24; art. 25.1 e 3; art. 31; art. 52.a; art. 55.1
Reg. 574/72: art. 17.7; art. 20.6; art. 21.2; art. 22.2 e 3; art. 23; art. 26.3; art. 27; art. 31.2 e 3; art. 60.6; art. 62.8; art. 63.2 e 3

Il presente formulario deve essere redatto per il rimborso delle prestazioni in natura effettivamente sostenute. L'istituzione del luogo di residenza o di dimora compila la parte A e la trasmette all'istituzione competente una o due copie dello stampato secondo che la notifica riguardi, rispettivamente, il punto 7.1 o il punto 7.2. L'istituzione competente, qualora ravvisi di doversi opporre all'erogazione delle prestazioni dovrà riempire la parte B ed inviare una copia dello stampato all'istituzione del luogo di residenza o di dimora.

A — Notifica

1 All'istituzione competente

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (2): .....

.....

2 (3) (6) [ ] Lavoratore [ ] Disoccupato [ ] Titolare di pensione o rendita

2.1 Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
.....	.....	.....	.....

2.2 Indirizzo nel paese di residenza o di dimora (2):

.....

.....

2.3 N. d'identificazione: .....

3 Familiare in causa

3.1 Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
.....	.....	.....	.....

3.2 Indirizzo nel paese di residenza o di dimora (2) (7):

.....

.....

4 Riferimento:

4.1 (3) [ ] al vostro modulo ..... del ..... (4).

4.2 (3) [ ] al nostro modulo E 107 del .....

5 I servizi sanitari di questa istituzione hanno riconosciuto, per la persona indicata

(3) ☐ al quadro 2 ☐ al quadro 3

5.1 (3) ☐ la necessità ☐ l'urgenza assoluta

5.2 delle seguenti prestazioni: .....

.....

6 ☐ Si allega il rapporto del medico di controllo (5)

7 Le prestazioni citate al punto 5.2

7.1 (3) ☐ sono già state accordate d'urgenza in data .....

7.2 (3) ☐ saranno accordate qualora, entro 15 giorni dalla data d'invio della presente notifica, non pervenga da voi una motivata opposizione.

8 Istituzione del luogo di residenza o di dimora

8.1 Denominazione: .....

8.2 Indirizzo (2): .....

.....

8.3 Timbro

8.4 Data: .....

8.5 Firma

.....

B — Eventuale opposizione dell'istituzione competente

9 All'istituzione del luogo di residenza o di dimora

9.1 Denominazione: .....

9.2 Indirizzo (2): .....

.....

10. In riferimento al punto 7.2 vi comunichiamo che le prestazioni indicate al punto 5.2 non possono essere erogate.

Motivi:

.....

.....

E 114

11 Istituzione competente

11.1 Denominazione: .....

11.2 Indirizzo (2): .....

.....

11.3 Timbro

11.4 Data: .....

11.5 Firma

.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 4 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A dello stampato: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Codice postale, località, via, numero, paese.

(3) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione che interessa.

(4) Indicare il numero del modulo attestante il diritto alle prestazioni dell'assicurato.

(5) Nell'eventualità che venga allegato il rapporto di cui trattasi, riportare una X nel quadratino.

(6) Se la vittima è assicurata in Belgio, indicare il nome e l'indirizzo del datore di lavoro.

Nome o ragione sociale: .....

Indirizzo (2): .....

(7) Da indicare esclusivamente quando l'indirizzo del familiare differisce da quello indicato al quadro 2.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 115 [ ] (1)

DOMANDA DI PRESTAZIONI IN DENARO PER INABILITÀ AL LAVORO

Reg. 1408/71: art. 19.1.b; art. 22.1.a.ii; art. 25.1.b; art. 52.b; art. 55.1.a.ii
Reg. 574/72: art. 18.2 e 3; art. 24; art. 26.5 e 7; art. 61.2 e 3; art. 64

Se lo stampato si riferisce ad un lavoratore, deve esserne compilata una sola copia e trasmessa all'istituzione competente di assicurazione malattia e maternità o di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali. Se invece lo stampato stesso riguarda un disoccupato, oltre la copia predetta, se ne devono compilare altre due copie da indirizzare l'una all'istituzione di assicurazione disoccupazione competente, l'altra all'istituzione corrispondente del paese ove il disoccupato si trova in cerca di lavoro (si veda inoltre la nota 8).

1 All'istituzione competente

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (2): .....

.....

2 (3) [ ] Lavoratore [ ] Disoccupato

2.1 Cognome | Nomi | Cognome da nubile | Data di nascita

..... | ..... | ..... | .....

2.2 Indirizzo nello Stato competente (2):

.....

.....

2.3 Indirizzo nello Stato di residenza o di dimora (2):

.....

.....

2.4 N. d'identificazione: .....

2.5 portatore del modulo E 119 rilasciato il ..... (4)

e del modulo E 303 rilasciato il ..... (4)

3 Datore di lavoro (5)

3.1 Nome o ragione sociale: .....

3.2 Indirizzo (2): .....

.....

3.3 Attività dell'impresa: .....

E 115

A ☐ (6) Domanda di prestazioni

4 La persona indicata al quadro 2 — in data .....

ha chiesto prestazioni in denaro per l'inabilità al lavoro derivante da

4.1 (3) ☐ malattia (7) ☐ maternità

(3) ☐ infortunio sul lavoro verificatosi il .....

(3) ☐ malattia professionale

5 Il certificato del medico curante

(3) ☐ è allegato ☐ non ha potuto essere presentato

6 In base al parere del nostro medico di controllo, di cui si allega il rapporto

6.1 (3) ☐ l'inabilità al lavoro ha avuto inizio il .....

e si protrarrà presumibilmente, sino al .....

6.2 (3) ☐ non vi è inabilità al lavoro (8)

7 (3) ☐ L'interessato non ha ottemperato alle norme previste dalla nostra legislazione e precisamente:

.....

.....

8 (3) ☐ L'inabilità al lavoro è stata causata, presumibilmente, da incidente dovuto a responsabilità di terzi.

8.1 (3) ☐ Si allega un rapporto su tale incidente nonché l'indirizzo del terzo coinvolto.

9 (3) ☐ Siamo disposti ad erogare le prestazioni in denaro all'interessato per vostro conto. Vi preghiamo di comunicarci il vostro consenso in merito e, in caso affermativo, di fornirci le indicazioni utili per l'erogazione delle prestazioni.

10 (3) ☐ Non siamo disposti ad erogare all'interessato le prestazioni in denaro per conto vostro.

B ☐ (6) Proseguimento dell'inabilità al lavoro

11 In riferimento al:

11.1 (3) ☐ nostro modulo E 115 del .....

11.2 (3) ☐ vostro modulo E 117 del .....

11.3 si comunica che la persona indicata al quadro 2 — in base al parere del nostro medico di controllo, di cui si allega il rapporto — sarà, presumibilmente, inabile al lavoro fino al

.....

12 Istituzione del paese di residenza o di dimora

12.1 Denominazione: .....

12.2 Indirizzo (2): .....

.....

12.3 Timbro

12.4 Data: .....

12.5 Firma

.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 4 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo N = Paesi Bassi.

(2) Codice postale, località, via, numero, paese.

(3) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione riferentesi al caso che interessa.

(4) L'indicazione è da riportare, se del caso, solo se trattasi di disoccupato.

(5) Per il disoccupato indicare l'ultimo datore di lavoro.

(6) La redazione delle parti A e B è in alternativa; riportare una X nel quadratino relativo alla parte che viene compilata.

(7) O per infortunio extra lavoro.

(8) Si alleghi copia del formulario E 118 indirizzato all'interessato.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 116 ☐ (1)

RAPPORTO MEDICO IN CASO DI INABILITÀ AL LAVORO PER MALATTIA E MATERNITÀ, INFORTUNIO SUL LAVORO, MALATTIA PROFESSIONALE

Reg. 1408/71: art. 19.1.b; art. 22.1.a.ii, 1.b.ii e 1.c.ii; art. 25.1.b; art. 52.b; art. 55.1.a.ii, 1.b.ii e 1.c.ii
Reg. 574/72: art. 18.2 e 3; art. 24; art. 26.5 e 7; art. 61.2 e 3; art. 64; art. 65.2 e 4

Lo stampato è compilato dal medico dell'istituzione che redige il modulo E 107 o E 115 e deve essere allegato a tale modulo, in busta chiusa riservata, se trattasi di un caso di malattia e maternità. Si dovrà utilizzare il presente formulario per la concessione delle prestazioni in natura e delle prestazioni in denaro. Per il Belgio, si deve sempre trasmettere il presente formulario dapprima all'istituzione competente belga in materia di assicurazione malattia e maternità.

1 All'istituzione competente

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (2): .....

.....

1.3 Riferimento: nostro modulo E 116 del .....

2 Allegato al modulo (3) ☐ E 107 del .....

(3) ☐ E 115 del .....

3 (3) ☐ Lavoratore ☐ Disoccupato

3.1 Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
.....	.....	.....	.....

3.2 N. d'identificazione: .....

3.3 Indirizzo (2) nel paese di residenza o di dimora:

.....

.....

4 ☐ (5) **Parte A — Primo rapporto medico**

5 Il sottoscritto medico ..... dottore in medicina, dopo aver esaminato la soprannominata persona

il .....

5.1 esprime il parere che si tratta di un caso

(3) ☐ di malattia (6) ☐ di maternità

5.2 che si tratta presumibilmente

(3) ☐ di infortunio sul lavoro ☐ di malattia professionale

5.3 e dichiara quanto segue:

6 Da compilare qualora sia accertato trattarsi di malattia ([6]), maternità, malattia professionale

6.1 Anamnesi e sintomi attuali ([10]): .....

.....

.....

6.2 Esame clinico

6.3 Stato generale ..... Peso: ..... Altezza: ..... ([10])

6.4 Altre notizie .....

.....

.....

.....

6.5 Esami tecnici ([11]) .....

.....

.....

6.6 Diagnosi: .....

6.7 Conclusioni:

6.8 ([3]) ☐ L'inabilità al lavoro non è riconosciuta.

6.9 ([3]) ☐ L'inabilità al lavoro è riconosciuta a decorrere

dal ..... e fino al .....

6.10 ([3]) ☐ L'interessato sarà sottoposto ad un ulteriore controllo medico

il .....

7 Da compilare qualora sia accertato o si presuma che si tratti d'infortunio sul lavoro

7.1 Il predetto infortunio ha provocato le seguenti lesioni ([7]):

.....

.....

.....

7.2 Tali lesioni ([3]) ☐ hanno avuto ☐ avranno come conseguenza ([8]):

.....

.....

.....

7.3 ☐ ([4]) L'interessato necessita di cure mediche.

7.4 L'inabilità al lavoro ha avuto inizio il .....

7.5 L'infortunato è curato

([3]) ☐ al suo domicilio ☐ al domicilio del medico

([3]) ☐ in ospedale ☐ in altro luogo

Indirizzo ([2]) ([9]): .....

.....

8 ☐ (5) **Parte B — Ultimo rapporto medico** (12)

9 Il trattamento curativo ha avuto fine il .....

10 Le lesioni

10.1 (3) ☐ sono consolidate in data

..... senza postumi.

10.2 (3) ☐ sono consolidate in data

..... ed avranno presumibilmente come conseguenza

.....

.....

.....

11 Descrizione dettagliata dello stato dell'infortunato dopo la guarigione o alla fine del trattamento

.....

.....

.....

12 **Parte C**

12.1 (4) ☐ Sarà necessario un ulteriore trattamento

12.2 (4) ☐ L'infortunato può riprendere il lavoro il .....

13 Istituzione del luogo di residenza o di dimora

13.1 Denominazione: .....

13.2 Indirizzo (2): .....

.....

13.3 Timbro

13.4 Data: .....

13.5 Firma del medico

.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 4 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese ove viene compilato lo stampato: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Codice postale, località, via, numero, paese.

(3) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione riferentesi al caso che interessa.

(4) Qualora si sia verificata la circostanza indicata, riportare una X nel quadratino.

(5) La compilazione delle parti A e B è in alternativa. Redigere quella che interessa, riportando una X nel relativo quadratino.

(6) Compreso l'infortunio extra lavoro.

(7) Indicare il genere e la natura delle lesioni e le parti del corpo lese: frattura del braccio, contusione alla testa, alle dita; lesioni interne; asfissia, ecc.

(8) Indicare le conseguenze certe o presunte delle lesioni constatate: morte, inabilità permanente o temporanea, totale o parziale; in caso di inabilità temporanea, verificarne la durata presunta.

(9) Ove le cure siano impartite in ospedale, indicare anche la denominazione dell'ospedale stesso.

(10) Le notizie di cui trattasi sono da fornire qualora si ritengano necessarie.

(11) Indicare il tipo e la data.

(12) Compilare ove si tratti di infortunio sul lavoro.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 117 ☐ (1)

CONCESSIONE DI PRESTAZIONI IN DENARO IN CASO DI INABILITÀ AL LAVORO

Reg. 1408/71: art. 19.1.b; art. 22.1.a.ii; art. 25.1.b; art. 52.b; art. 55.1.a.ii
Reg. 574/72: art. 18.6 e 8; art. 24; art. 26.7; art. 61.6 e 8; art. 64

L'istituzione competente compila il presente formulario e lo trasmette all'istituzione del luogo di residenza o di dimora. L'istituzione competente deve informare anche il lavoratore, qualora le prestazioni in denaro siano corrisposte dall'istituzione del luogo di residenza (Reg. 574/72: art. 61.8).

1 All'istituzione del luogo di residenza o di dimora

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (2): .....

.....

2 Riferimento vostro modulo E 115 del .....

3 (3) ☐ Il lavoratore ☐ Il disoccupato

3.1 Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita

3.2 Indirizzo nel paese di residenza o di dimora (2):

.....

.....

3.3 N. d'identificazione: .....

4 (3) ☐ ha diritto alle prestazioni in denaro, provvisoriamente, salvo eventuale proroga
dal ..... al .....

4.1 (3) ☐ non ha diritto alle prestazioni in denaro
Motivo: si veda l'allegato formulario E 118

4.2 (3) ☐ non ha più diritto alle prestazioni in denaro a partire dal .....
Motivo: si veda l'allegato formulario E 118

5 Dette prestazioni saranno erogate (4)

5.1 (3) ☐ da noi all'indirizzo, di cui al punto 3.2, a mezzo vaglia internazionale

5.2 (3) ☐ da noi al ritorno dell'interessato in questo Stato

5.3 (3) ☐ da voi per nostro conto

6 (4) (5)

6.1 L'indennità dovrà essere corrisposta

6.2 per tutti i giorni della settimana, salvo (3) ☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì (3) ☐ giovedì ☐ venerdì ☐ sabato ☐ domenica

6.3 L'importo giornaliero netto di tale indennità

è di ..... (6) se l'assicurato non è ricoverato in ospedale

e di ..... (6) se è ricoverato in ospedale

7 Vi preghiamo di volerci comunicare il più presto possibile il risultato

7.1 (3) ☐ d'un esame ..... (7)

7.2 (3) ☐ d'un controllo amministrativo

7.3 (3) ☐ d'un nuovo controllo medico da eseguire verso il .....

8 Istituzione competente

8.1 Denominazione: .....

8.2 Indirizzo (2): .....

.....

8.3 Timbro

8.4 Data: .....

8.5 Firma

.....

E 117

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila lo modulo: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Codice postale, località, via, numero, paese.

(3) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione che interessa.

(4) L'indicazione non è da fornire se trattasi di disoccupato per il quale è stato emesso il modulo E 119.

(5) Il riquadro è da compilare solo nell'ipotesi che si verifichi la circostanza di cui al punto 5.3.

(6) Indicare l'importo in moneta del paese competente.

(7) Indicare il tipo di esame medico che si richiede (radiografia, analisi del . . ., ecc.).

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

E 118 ☐ (1)

NOTIFICA DI NON RICONOSCIMENTO O DI CESSAZIONE DELL'INABILITÀ AL LAVORO

Reg. 1408/71: art. 19.1.b; art. 22.1.a.ii, b.ii; art. 25.1.b; art. 52.b; art. 55.1.a.ii; b.ii e c.ii
Reg. 574/72: art. 18.4 e 6; art. 24; art. 26.5 e 7; art. 61.4 e 6; art. 64

Se il modulo si riferisce ad un lavoratore, l'istituzione del luogo di residenza o di dimora (oppure l'istituzione competente) compila il modulo stesso in due copie, delle quali una viene inviata al lavoratore medesimo, l'altra all'istituzione di assicurazione malattia e maternità o infortuni sul lavoro e malattie professionali (del luogo di residenza o di dimora). Se invece detto modulo riguarda un disoccupato — oltre le predette due copie, di cui una destinata al disoccupato stesso — si devono compilare altri due esemplari, da indirizzare l'uno all'istituzione competente di assicurazione disoccupazione, l'altro alla corrispondente istituzione del paese ove il disoccupato si trova in cerca di lavoro.

1 (2) ☐ Al lavoratore ☐ Al disoccupato

1.1 Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
.....	.....	.....	.....

1.2 N. d'identificazione: .....

1.3 Indirizzo nel paese di residenza o di dimora (3):

.....

.....

2 (2) ☐ All'istituzione competente ☐ All'istituzione del luogo di residenza o di dimora

2.1 Denominazione: .....

2.2 Indirizzo (3): .....

.....

3 (2) ☐ Dai fatti portati a nostra conoscenza,

(2) ☐ Dal controllo effettuato dal nostro medico in data .....

è risultato che

3.1 (2) ☐ l'inabilità al lavoro è parziale

3.2 (2) ☐ non sussiste inabilità al lavoro

3.3 (2) ☐ l'inabilità al lavoro è cessata il .....;

L'ultimo giorno di erogazione delle prestazioni in denaro è il .....

4 (2) ☐ Istituzione del luogo di residenza o di dimora ☐ Istituzione competente

4.1 Denominazione: .....

4.2 Indirizzo (3): .....

.....

4.3 Timbro

4.4 Data: .....

4.5 Firma

.....

E 118

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 5 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

Avvertenze per il lavoratore o il disoccupato

Contro la decisione che vi è stata comunicata con il presente documento potete eventualmente ricorrere entro i termini e con le modalità indicate in allegato.

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione riferentesi al caso che interessa.

(3) Codice postale, località, via, numero, paese.

E 118 Allegato

TERMINI E MEZZI DI RICORSO

Reg. 574/72: art. 18.4

1. BELGIO

Avverso la decisione in allegato, l'interessato può produrre ricorso per iscritto datato e firmato, depositato o trasmesso per lettera raccomandata alla Cancelleria del Tribunale del Lavoro competente, entro il termine di un mese dalla data del provvedimento impugnato.

Per Tribunale del Lavoro competente, si intenda:

a) ove l'interessato abbia il proprio domicilio in Belgio, il Tribunale del Lavoro del domicilio stesso;

b) ove l'interessato non dimori o non dimori più in Belgio, il Tribunale del Lavoro della circoscrizione in cui dimorava da ultimo o risiedeva da ultimo in Belgio;

c) ove l'interessato non abbia dimorato o risieduto in Belgio, il Tribunale del Lavoro della circoscrizione della sua ultima occupazione in Belgio.

2. FRANCIA

Avverso la decisione in allegato, l'interessato può produrre ricorso, entro il termine di due mesi a decorrere dalla data di ricezione della presente notifica, presso il medico capo della seguente Cassa primaria di assicurazione malattia

Denominazione: .....

Indirizzo: .....

.....

3. ITALIA

Ricorsi INAM (Malattie)

Avverso le determinazioni negative adottate dai competenti Organismi sanitari dell'INAM (Primo Medico di Sezione) in materia di carattere sanitario (esistenza dello stato di malattia, incapacità lavorativa, necessità obiettiva della prestazione, ecc.) gli assicurati possono produrre ricorso, **entro 15 giorni dalla data di comunicazione** del provvedimento, presentando apposita istanza al Collegio Medico Provinciale per il tramite della Sezione Territoriale INAM.

Nell'istanza gli interessati dovranno eventualmente designare il proprio Medico di fiducia che in tal caso farà parte del citato Collegio operante presso la Sede provinciale competente dell'Istituto.

L'onere relativo all'onorario del medico di parte e le eventuali spese di viaggio sono in ogni caso a carico dell'assicurato.

Qualora il Collegio Medico Provinciale confermi il giudizio medico-legale emesso dal Primo Medico di Sezione, gli interessati hanno facoltà di avanzare ricorso al Comitato Esecutivo dell'Istituto, per il tramite della Sede provinciale, entro il termine di un anno dalla data di comunicazione del provvedimento (art. 6 legge n. 138 dell'11. 1. 1943).

A quest'ultimo Organo vanno altresì presentati i ricorsi contro eventuali dinieghi di prestazioni conseguenti a mancata osservanza delle formalità previste dalla legislazione del Paese di residenza.

Ricorsi INPS (Tubercolosi)

Avverso i provvedimenti di reiezione adottati dall'INPS in materia di prestazioni contro la tubercolosi è ammesso ricorso in prima istanza, entro 90 giorni dalla notifica del provvedimento, al Comitato Provinciale costituito presso la Sede provinciale che ha emesso la decisione.

Qualora siano trascorsi 90 giorni dalla data di presentazione del ricorso senza che il Comitato provinciale si sia pronunciato, il ricorso si deve considerare respinto e l'interessato può presentare ricorso in seconda istanza al Comitato speciale per l'assicurazione contro la tubercolosi entro 90 giorni dalla data di scadenza del precedente termine.

In caso di mancata decisione sul secondo ricorso entro 90 giorni dalla data della sua presentazione, è data facoltà all'interessato di adire l'autorità giudiziaria nel termine di 5 anni.

Ricorsi INAIL (infortuni e malattie professionali)

Avverso i provvedimenti dell'INAIL l'interessato può comunicare all'Istituto stesso con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno o con lettera della quale abbia ritirato ricevuta, entro sessanta giorni dal ricevimento della comunicazione fattagli, i motivi per i quali non ritiene giustificabile il provvedimento dell'Istituto, precisando, nel caso in cui si tratti di inabilità permanente, la misura di indennità che ritiene essergli dovuta, e allegando in ogni caso alla domanda un certificato medico dal quale emergano gli elementi giustificativi della domanda.

Non ricevendo risposta nel termine di giorni sessanta dalla data della ricevuta della domanda di cui al precedente comma o qualora la risposta non gli sembri soddisfacente, l'infortunato può convenire in giudizio l'Istituto assicuratore avanti l'autorità giudiziaria (art. 104 del Testo unico approvato con D PR 1124 del 30. 6. 1965).

L'opposizione può essere presentata all'INAIL direttamente o per il tramite dell'istituzione del luogo di residenza o di dimora.

4. **PAESI BASSI**

Ove non accettiate la decisione presente, potete produrre ricorso entro brevi termini presso la competente istituzione olandese.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 119 ☐ (1)

ATTESTATO RIGUARDANTE IL DIRITTO DEI DISOCCUPATI E DEI LORO FAMILIARI ALLE PRESTAZIONI DELL'ASSICURAZIONE MALATTIA E MATERNITÀ

Reg. 1408/71: art. 25.1 e 3
Reg. 574/72: art. 26.1

Il modulo deve essere consegnato al disoccupato dall'istituzione competente oppure da questa inviato all'istituzione del luogo di residenza o di dimora, qualora sia stata detta istituzione a richiedere il modulo medesimo.

1 All'istituzione del luogo di residenza o di dimora (2)

1.1. Denominazione .....

1.2 Indirizzo (3): .....

.....

1.3 Riferimento: vostro modulo (4) ☐ E 107 del ..... ☐ E 115 del .....

2 Disoccupato

2.1 Cognome | Nomi | Cognome da nubile | Data di nascita

..... | ..... | ..... | .....

2.2 N. d'identificazione: .....

2.3 Indirizzo nel paese ove è in cerca di lavoro (3):

.....

.....

3 Ultimo datore di lavoro

3.1 Nome: .....

3.2 Indirizzo (3): .....

.....

4 La persona sopraccitata, ha diritto alle prestazioni di malattia e maternità (in natura ed in denaro per sé, in natura per i suoi familiari) a condizione che l'istituzione di assicurazione disoccupazione del paese, ove la persona stessa si è trasferita in cerca di lavoro, abbia fornito all'istituzione di assicurazione malattia e maternità del paese medesimo, mediante il modulo E 303, l'attestato previsto all'articolo 26.2, primo capoverso, del Reg. 574/72.

5 Le prestazioni in natura possono essere erogate

5.1 (4) ☐ per un periodo non superiore a quello previsto per il diritto alle prestazioni di disoccupazione

5.2 (4) ☐ per i casi di malattia insorti fino al .....

incluso e per ..... giorni ..... settimane

E 119

6 In caso d'inabilità al lavoro le prestazioni in denaro possono essere erogate

6.1 (4) ☐ per un periodo non superiore a quello previsto per il diritto alle prestazioni di disoccupazione

6.2 (4) ☐ per i casi di malattia insorti fino al .....

e per ..... giorni ..... settimane

7 Le suddette prestazioni in denaro saranno versate

7.1 (4) ☐ da noi, a mezzo vaglia internazionale all'indirizzo sopraindicato

7.2 (4) ☐ da voi, per nostro conto

8 (5)

8.1 L'indennità dovrà essere corrisposta

8.2 (4) ☐ per gli stessi giorni della settimana previsti per l'assicurazione disoccupazione

8.3 (4) ☐ per tutti i giorni della settimana, salvo (4) ☐ lunedì ☐ martedì

(4) ☐ mercoledì ☐ giovedì ☐ venerdì ☐ sabato ☐ domenica

9 (5)

9.1 L'importo giornaliero netto di tale indennità:

9.2 (4) ☐ è pari a quello previsto per l'assicurazione disoccupazione

9.3 (4) ☐ è di ..... (6) se l'assicurato non è ricoverato in ospedale

e di ..... (6) se è ricoverato in ospedale

10 Istituzione competente (7)

10.1 Denominazione: .....

10.2 Indirizzo (3): .....

.....

10.3 Timbro

10.4 Data: .....

10.5 Firma

.....

E 119

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

Avvertenze per il disoccupato

a) Per ottenere le prestazioni di malattia in natura per voi e per i vostri familiari dovete rivolgervi al seguente istituto assicuratore:

in **Belgio,** *all'organismo scelto (mutualité);*

in **Germania,** *all'A.O.K. (Cassa locale generale di malattia);*

in **Francia,** *alla „Caisse primaire d'assurance-maladie" (Cassa primaria di assicurazione malattia);*

in **Italia,** *alla sede provinciale dell'INAM;*

in **Lussemburgo,** *alla „Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers" (Cassa nazionale di assicurazione malattia degli operai)*

nei **Paesi Bassi,** *ad una Cassa malattia competente per il luogo di residenza o di dimora.*

Oltre il presente formulario, dovete essere in possesso di un esemplare del formulario E 303, di cui il punto 7 sarà stato compilato dall'istituzione per l'assicurazione contro la disoccupazione del paese in cui cercate lavoro.

b) Per ottenere, per voi, le prestazioni in denaro in caso di inabilità al lavoro o di ricovero in ospedale, dovete presentare all'istituto assicuratore indicato alla lettera a) suindicata, i moduli citati alla lettera stessa e produrre inoltre il certificato d'inabilità al lavoro del vostro medico curante (a meno che vi troviate nei Paesi Bassi).

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Da compilare solo qualora il stampato sia stato richiesto dall'istituzione del luogo di residenza o di dimora.

(3) Codice postale, località, via, numero, paese.

(4) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione riferentesi al caso che interessa.

(5) Il riquadro è da compilare solo nell'ipotesi che le prestazioni in denaro debbano essere versate dall'istituzione del luogo di residenza o di dimora.

(6) Indicare l'importo in moneta del paese competente.

(7) Ove il presente formulario sia compilato da una istituzione dei Paesi Bassi, le prestazioni in natura sono a carico dello „Ziekenfondsraad" di Amstelveen; le prestazioni in denaro sono a carico dell'istituzione che appone la firma.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 120 ☐ (1)

ATTESTATO RIGUARDANTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA PER I RICHIEDENTI DI PENSIONE O RENDITA E PER I LORO FAMILIARI

Reg. 1408/71: art. 26.1
Reg. 574/72: art. 28

L'istituzione competente compila la parte A del modulo che viene consegnato in due copie all'interessato, il quale deve presentare le copie stesse all'istituzione del luogo di residenza. Questa ultima istituzione, ricevute le copie in argomento, riempie la parte B del modulo e trasmette un esemplare del modulo medesimo all'istituzione che figura al quadro 6. Se del caso, i due esemplari sono trasmessi dapprima all'istituzione che deve compilare i quadri 5 e 6.

A — Notifica del diritto

1 All'istituzione del luogo di residenza (2)

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (3): .....

.....

1.3 Riferimento: vostro modulo E 107 del .....

2 Richiedente la pensione o rendita

2.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile ..... Data di nascita .....

2.2 Indirizzo nel paese di residenza (3): .....

.....

2.3 N. d'identificazione .....

3 Da compilare dall'istituzione alla quale è stata presentata la domanda di pensione o rendita

3.1 La persona sopraindicata — in data .....

ha presentato domanda di pensione o rendita per

(4) ☐ vecchiaia ☐ invalidità ☐ superstiti

(4) ☐ infortunio sul lavoro ☐ malattia professionale

3.2 (7) ☐ Dall'esame di tale domanda risulta che la persona predetta è suscettibile di ottenere una pensione a carico della sottoscritta istituzione.

4 Istituzione che compila il quadro 3

4.1 Denominazione: .....

4.2 Indirizzo ([3]): .....

.....

4.3 Timbro

4.4 Data: .....

4.5 Firma

.....

5 Da compilare da parte dell'istituzione alla quale è stata presentata la domanda di pensione, o rendita o dall'istituzione di assicurazione malattia e maternità del paese ove è stata presentata detta domanda

5.1 La persona indicata al quadro 2 ha diritto, per sé e per i suoi familiari, alle prestazioni in natura per malattia e maternità ([5])

5.2 a decorrere dal ..... e fino a quando sarà inviato l'annullamento del presente attestato

6 Istituzione che compila il quadro 5

6.1 Denominazione: .....

6.2 Indirizzo ([3]): .....

.....

6.3 Timbro

6.4 Data: .....

6.5 Firma

.....

B — Notifica della iscrizione o della non-iscrizione

7 All'istituzione competente

7.1 Denominazione: .....

7.2 Indirizzo ([3]): .....

.....

8 (6) ☐

8.1 La persona indicata al quadro 2 ed i suoi familiari non sono stati iscritti presso la sottoscritta istituzione per il seguente motivo:

.....

.....

9 (6) ☐

9.1 La persona indicata al quadro 2 è stata iscritta presso la sottoscritta istituzione, unitamente ai seguenti familiari, in data

.....

10 Familiari iscritti

	Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
10.1	.....	.....	.....	.....
10.2	.....	.....	.....	.....
10.3	.....	.....	.....	.....
10.4	.....	.....	.....	.....
10.5	.....	.....	.....	.....
10.6	.....	.....	.....	.....
10.7	.....	.....	.....	.....
10.8	.....	.....	.....	.....

11 Istituzione del luogo di residenza

11.1 Denominazione: .....

11.2 Indirizzo (3): .....

.....

11.3 Timbro

11.4 Data: .....

11.5 Firma

.....

E 120

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 4 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

Avvertenze per l'assicurato

a) *Il presente attestato dà diritto, a voi ed ai vostri familiari, al beneficio delle prestazioni in natura in caso di malattia e maternità nel paese della vostra residenza.*

b) *Le due copie di questo modulo, che sono in vostro possesso, devono essere presentate, non appena possibile, ad uno dei seguenti istituti di assicurazione:*

in **Belgio,** *all'organismo scelto (mutualité).*

in **Germania,** *all'A.O.K. (Cassa locale generale di malattia);*

in **Francia,** *alla „Caisse primaire d'assurance maladie" (Cassa primaria di assicurazione malattia);*

in **Italia,** *alla sede provinciale dell'INAM;*

in **Lussemburgo,** *alla „Caisse nationale d'assurance maladie des ouvriers" (Cassa nazionale di assicurazione malattia degli operai);*

nei **Paesi Bassi,** *ad una Cassa malattia competente per il luogo di residenza.*

c) *Siete invitato ad informare l'istituto di assicurazione al quale avete consegnato il presente modulo di qualsiasi variazione che possa modificare il diritto alle prestazioni in natura, in particolare, l'avvenuta concessione della pensione oppure qualsiasi trasferimento di residenza o di dimora vostro e dei vostri familiari, ecc.*

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A del modulo: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Da compilare solo qualora il modulo sia stato emesso su richiesta dell'istituzione del luogo di residenza.

(3) Codice postale, località, via, numero, paese.

(4) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione riferentesi al caso che interessa.

(5) Qualora l'attestato sia stato emesso da un'istituzione di assicurazione italiana, il diritto alle prestazioni per malattia tubercolare deve essere attestato dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS).

(6) Dei due riquadri 8 e 9 compilare quello che interessa e riportare una X nel quadratino relativo al riquadro stesso.

(7) Riportare, se del caso, una X nel quadratino.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 121 ☐ (1)

ATTESTATO PER L'ISCRIZIONE DEI TITOLARI DI PENSIONE O RENDITA E PER LA TENUTA DELL'INVENTARIO

Reg. 1408/71: art. 28.1
Reg. 574/72: art. 29.1, 2 e 3; art. 95.4

L'istituzione cui compete il rilascio dell'attestato, secondo quanto previsto al paragrafo 2 dell'art. 29 del reg. 574/72, compila la parte A del modulo e consegna due copie del modulo stesso al titolare di pensione o rendita, oppure invia tali copie all'istituzione del luogo di residenza, qualora sia stata questa istituzione a richiedere il modulo di cui trattasi. Se del caso, i due esemplari sono trasmessi dapprima all'istituzione che compila i quadri 5 e 6. L'istituzione del luogo di residenza, ricevute le due copie citate, riempie la parte B e trasmette una copia del modulo all'istituzione indicata al quadro 6.

A — Notifica del diritto

1 All'istituzione del luogo di residenza (2)

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (3): .....

.....

1.3 Riferimento: vostro modulo E 107 del .....

2 Titolare di pensione o rendita

2.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile ..... Data di nascita .....

2.2 Indirizzo nel paese di residenza (3): .....

.....

2.3 Data dell'eventuale trasferimento: .....

2.4 N. d'identificazione: .....

3 Da compilare dall'istituzione debitrice della pensione o rendita

3.1 La persona soprannominata è titolare della pensione o rendita

(4) ☐ di vecchiaia ☐ d'invalidità ☐ ai superstiti

(4) ☐ d'infortunio sul lavoro ☐ di malattia professionale

3.2 a decorrere dal .....

3.3 Numero della pensione o della rendita: .....

4 Istituzione che ha compilato il quadro 3

4.1 Denominazione: .....

4.2 Indirizzo (3): .....

.....

4.3 Timbro

4.4 Data: .....

4.5 Firma

.....

5 Da compilare dall'istituzione debitrice della pensione o rendita o dall'istituzione di assicurazione malattia e maternità del paese debitore della pensione o rendita

5.1 La persona indicata al quadro 2, unitamente ai suoi familiari, ha diritto alle prestazioni in natura dell'assicurazione malattia e maternità a decorrere dal .....

5.2 L'onere di dette prestazioni, da concedere nello Stato, diverso da quello competente nel quale le predette persone risiedono, è a carico della sottoscritta istituzione

5.3 a decorrere dal ..... e fino alla notifica di annullamento del presente attestato

5.4 (5) ☐ A seguito del rilascio del presente attestato, cessa la validità del modulo E 120 emesso il

.....

6 Istituzione che ha compilato il quadro 5

6.1 Denominazione: .....

6.2 Indirizzo (3): .....

.....

6.3 Timbro

6.4 Data: .....

6.5 Firma

.....

B — Notifica della iscrizione o della non-iscrizione

7 All'istituzione designata al quadro 6

7.1 Denominazione: .....

7.2 Indirizzo (3): .....

.....

8 (6) ☐

8.1 La persona indicata al quadro 2 ed i suoi familiari non sono stati iscritti

8.2 (4) ☐ in quanto la persona suindicata ha già diritto alle prestazioni in natura della legislazione di questo Stato

8.3 (4) ☐ Altri motivi: .....

.....

.....

9 (6) ☐

9.1 La persona indicata al quadro 2 (unitamente ai familiari) è stata iscritta come avente diritto alle prestazioni in natura

9.2 Familiari iscritti (7)

	9.3 Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
9.4	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....
9.8	.....	.....	.....	.....
9.9	.....	.....	.....	.....
9.10	.....	.....	.....	.....
9.11	.....	.....	.....	.....

9.12 L'onere delle citate prestazioni è a carico dell'istituzione in indirizzo ; la decorrenza per il conteggio del forfait di cui all'art. 95 del reg. 574/72 è il .....

10 Istituzione del luogo di residenza

10.1 Denominazione: .....

10.2 Indirizzo (3): .....

.....

10.3 Timbro

10.4 Data: .....

10.5 Firma

.....

E 121

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 4 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

Avvertenze per il titolare di pensione o rendita

a) Le due copie del presente modulo devono essere da voi consegnate non appena possibile all'istituzione di assicurazione:

in **Belgio,** *all'organismo scelto (mutualité);*

in **Germania,** *all'A.O.K. (Cassa locale di malattia);*

in **Francia,** *alla „Caisse primaire d'assurance maladie" (Cassa primaria di assicurazione malattia);*

in **Italia,** *alla sede provinciale dell'INAM;*

in **Lussemburgo,** *alla „Caisse nationale d'assurance maladie des ouvriers" (Cassa nazionale di assicurazione malattia degli operai);*

nei **Paesi Bassi,** *ad una cassa malattia competente per il luogo di residenza.*

b) Siete tenuto ad informare l'istituto di assicurazione al quale avrete presentato il modulo di qualsiasi variazione intervenuta nella vostra situazione che possa modificare il diritto alle prestazioni in natura, in particolare: sospensione o soppressione della pensione o rendita, di ogni trasferimento vostro o di un componente la vostra famiglia.

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A del modulo: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Da compilare solo qualora il modulo sia stato richiesto dall'istituzione del luogo di residenza.

(3) Codice postale, località, via, numero, paese.

(4) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione riferentesi al caso che interessa.

(5) Se del caso, contrassegnare con una X il quadratino.

(6) Dei due riquadri, 8 e 9, compilare quello che interessa e riportare una X nel quadratino relativo al riquadro stesso.

(7) Da compilare solo da parte delle istituzioni olandesi.

COMUNITÀ EUROPEE

Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 122 [ ] (1)

ATTESTATO PER LA CONCESSIONE DELLE PRESTAZIONI IN NATURA AI FAMILIARI DI TITOLARI DI PENSIONE O RENDITA

Familiari che risiedono in uno Stato membro diverso dal titolare

Reg. 1408/71: art. 29.1
Reg. 574/72: art. 30.1

L'istituzione di assicurazione malattia del luogo di residenza del titolare di pensione o rendita compila la parte A del modulo e ne consegna due esemplari al titolare oppure li trasmette all'istituzione del luogo di residenza dei familiari, se il formulario è compilato su richiesta di quest'ultima. Detta istituzione, dopo aver ricevuto i due esemplari sopraccitati, ne compila la parte B e trasmette un esemplare all'istituzione di assicurazione malattia del luogo di residenza del titolare di pensione o rendita. Qualora i familiari risiedano in più paesi, si compili un attestato differente per ciascun paese.

A — Notifica del diritto

1 (2) All'istituzione

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (3): .....

.....

1.3 Riferimento: vostro modulo E 107 del .....

2 Titolare di pensione o rendita

2.1 Cognome | Nomi | Cognome da nubile | Data di nascita

.....

2.2 Indirizzo (3): .....

.....

2.3 N. d'identificazione: .....

3 La predetta persona ha diritto, per sé e per i propri familiari, alle prestazioni in natura dell'assicurazione malattia e maternità.

4 Agli effetti della concessione delle citate prestazioni a detti familiari, il presente attestato è valido

(4) [ ] dal ..... fino a quando non pervenga la notifica del suo annullamento

(4) [ ] per 12 mesi dalla data del suo rilascio

5 Istituzione competente

5.1 Denominazione: .....

5.2 Indirizzo (3): .....

.....

5.3 Timbro

5.4 Data: .....

5.5 Firma

.....

B — Notifica dell'iscrizione

6 All'istituzione competente

6.1 Denominazione: .....

6.2 Indirizzo (3): .....

.....

7 (6) ☐ I familiari del titolare di pensione o rendita, indicato al quadro 2, non sono stati iscritti presso la sottoscritta istituzione per il seguente motivo

.....

.....

8 (6) ☐ Sono stati iscritti presso la sottoscritta istituzione i seguenti familiari del titolare di pensione o rendita indicato al quadro 2

9 Familiari iscritti

	Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
9.1	.....	.....	.....	.....
9.2	.....	.....	.....	.....
9.3	.....	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....
9.8	.....	.....	.....	.....

10 Istituzione del luogo di residenza dei familiari

10.1 Denominazione: .....

10.2 Indirizzo (3): .....

.....

10.3 Timbro

10.4 Data: .....

10.5 Firma

.....

E 122

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

Avvertenze per il titolare di pensione o rendita

a) *Il presente modulo dà diritto ai vostri familiari al beneficio delle prestazioni in natura per malattia e maternità, nello Stato ove risiedono, in conformità alle norme legislative di tale Stato ed a meno che i familiari stessi non abbiano già diritto alle predette prestazioni in forza delle norme citate*

b) *Il modulo in argomento — non appena in vostro possesso — deve essere da voi inviato ai vostri familiari, i quali lo devono presentare immediatamente ad uno dei seguenti istituti di assicurazione:*

in **Belgio,** *all'organismo scelto (mutualité);*

in **Germania,** *all'A.O.K. (Cassa locale generale di malattia);*

in **Francia,** *alla „Caisse primaire d'assurance maladie" (Cassa primaria di assicurazione malattia);*

in **Italia,** *alla sede provinciale dell'INAM;*

in **Lussemburgo,** *alla „Caisse nationale d'assurance maladie des ouvriers" (Cassa nazionale di assicurazione malattia degli operai);*

nei **Paesi Bassi,** *ad una Cassa malattia competente per il luogo di residenza.*

c) *Il modulo in parola è valido dalla data e per la durata indicata al punto 4 di tale modulo.*

d) *I vostri familiari sono tenuti ad informare l'istituto di assicurazione, al quale è stato prodotto il modulo, di qualsiasi variazione, intervenuta nella loro situazione, che faccia modificare il loro diritto alle prestazioni in natura, in particolare di residenza.*

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A del modulo: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Da compilare unicamente quando il formulario è compilato su richiesta dell'istituzione del luogo di residenza dei familiari.

(3) Codice postale, località, via, numero, paese.

(4) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione riferentesi al caso che interessa.

(5) Se il modulo è emesso da un istituto francese.

(6) Delle due indicazioni, di cui ai punti 7 o 8, fornire quella che interessa e riportare una X nel quadratino relativo.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 123 [ ] (1)

ATTESTATO CONCERNENTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA DELL'ASSICURAZIONE INFORTUNI SUL LAVORO E MALATTIE PROFESSIONALI

Reg. 1408/71: art. 52.a; art. 55.1.a.i., b.i., c.i
Reg. 574/72: art. 60.1; art. 62.4 e 7; art. 63.1 e 3

Il modulo — qualora sia stato richiesto, mediante un modulo E 107 dall'istituzione del luogo di residenza o di dimora dell'interessato — deve essere inviato all'istituzione stessa; negli altri casi deve essere consegnato al lavoratore.

1 All'istituzione del luogo di residenza o di dimora (2)

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (3): .....

.....

1.3 Riferimento: vostro modulo E 107 del .....

2 Lavoratore

2.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile ..... Data di nascita .....

2.2 Indirizzo nel paese competente (3):

.....

.....

2.3 Indirizzo nel paese ove si reca l'interessato (3):

.....

.....

2.4 N. d'identificazione: .....

3 A seguito

3.1 (4) [ ] di quanto da voi notificato mediante i moduli E 107 del .....

3.2 (4) [ ] dell'infortunio sul lavoro verificatosi il .....
con le seguenti conseguenze:

.....

.....

3.3 (4) [ ] della malattia professionale verificatasi il .....
con le seguenti conseguenze:

.....

.....

3.4 (4) [ ] dell'autorizzazione da noi accordata all'interessato a conservare il beneficio delle prestazioni in natura in ..... (paese) ove si reca

(4) [ ] per stabilire la propria residenza [ ] per cure

4 al lavoratore predetto possono essere concesse prestazioni in natura

(4) ☐ per infortunio sul lavoro ☐ per malattia professionale

4.1 (4) ☐ per la durata prevista dalle disposizioni della legislazione del paese di residenza

4.2 (4) ☐ sino al .....

4.3 (4) ☐ per un massimo di tre mesi

4.4 (4) ☐ senza limite di tempo

5 Il rapporto riservato del nostro medico di controllo

5.1 (4) ☐ è allegato in busta chiusa

5.2 (4) ☐ è stato inviato il ..... a (5) .....

.....

5.3 (4) ☐ può essere richiesto alla sottoscritta istituzione

6 Istituzione competente

6.1 Denominazione: .....

6.2 Indirizzo (3): .....

.....

6.3 Timbro

6.4 Data: .....

6.5 Firma

.....

E 123

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

Avvertenze per l'assicurato

Il presente attestato deve essere da voi presentato, senza indugio, all'istituzione di assicurazione del paese nel quale vi siete recato, e cioè:

in **Belgio,** *all'organismo scelto (mutualité);*

in **Germania,** *all'A.O.K. (Cassa locale generale di malattia);*

in **Francia,** *alla «Caisse primaire d'assurance maladie » (Cassa primaria di assicurazione malattia);*

in **Italia,** *alla sede provinciale dell'INAIL;*

in **Lussemburgo,** *alla[« Caisse nationale d'assurance contre les accidents » (Cassa nazionale di assicurazione contro gli infortuni);*

nei **Paesi Bassi,** *ad una Cassa malattia del luogo di residenza o in caso di dimora temporanea all'« Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds (ANOZ) (Cassa mutua generale di malattia dei Paesi Bassi) Kromme Nieuwe Gracht 56 — Utrecht. Si può richiedere l'assistenza del medico, del dentista e del farmacista direttamente senza contatti preliminari con l'ANOZ.*

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Da compilare solo qualora il modulo sia stato richiesto dall'istituzione del luogo di residenza o di dimora dell'interessato.

(3) Codice postale, località, via, numero, paese.

(4) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione riferentesi al caso che interessa.

(5) Denominazione ed indirizzo dell'istituzione alla quale è stato inviato il rapporto medico in parola.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 124 ☐ (1)

DOMANDA DI ASSEGNO DI MORTE

Reg. 1408/71: art. 65
Reg. 574/72: art. 78

1 Il sottoscritto

1.1	Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
	.....	.....	.....	.....

1.2 N. d'identificazione (2): .....

1.3 Istituzione presso la quale è assicurato (2) (3): .....

.....

1.4 Rapporto di parentela con il deceduto: .....

1.5 Indirizzo (4): .....

.....

2 Chiede il beneficio di un assegno per il decesso del seguente:

3
(5) ☐ Lavoratore ☐ Titolare di pensione o rendita
(5) ☐ Familiare ☐ Richiedente la pensione o rendita

3.1	Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
	.....	.....	.....	.....

3.2 N. d'identificazione (2): .....

3.3 Data del decesso: .....

3.4 Causa del decesso:

(5) ☐ malattia ☐ incidente ☐ infortunio sul lavoro
(5) ☐ malattia professionale ☐ altra causa

3.5 Istituzione presso la quale era assicurato (2) (3): .....

.....

4 Il sottoscritto (5) ☐ era ☐ non era a carico del deceduto

5 Il deceduto (5) ☐ era ☐ non era a carico del sottoscritto

6 Le spese del funerale ammontano a (6) ..... e sono state sostenute da .....

7 Sono allegati i seguenti documenti: .....

.....

.....

.....

8 Data .....

8.1 Firma

.....

E 124

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 2 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

Avvertenze per il richiedente

a) Per beneficiare dell'assegno di morte dovete rivolgere domanda, mediante il presente modulo:

— *all'istituzione di assicurazione competente del luogo in cui vi trovate, che è:*

in **Belgio,** *l'organismo scelto (mutualité);*

in **Germania,** *l'A.O.K. (Cassa locale generale di malattia);*

in **Francia,** *la „Caisse primaire d'assurance maladie" (Cassa primaria di assicurazione malattia);*

in **Italia,** *la sede provinciale dell'INAM, INAIL, INPS, secondo i casi;*

in **Lussemburgo,** *la „Caisse nationale d'assurance maladie des ouvriers" (Cassa nazionale di assicurazione malattia degli operai).*

b) Alla domanda dovete allegare i seguenti documenti:

in **Belgio,** *un estratto dell'atto di morte, rilasciato dall'amministrazione comunale;*

le fatture quietanzate relative alle spese funerarie;

in **Germania,** *l'atto di morte;*

in **Francia,**

— **per tutti i casi,** *„bulletin de décès" (certificato di morte) dell'assicurato;*

— **inoltre,** *secondo i casi,*

— *se siete il marito o la moglie dell'assicurato, la „fiche familiale" (scheda di famiglia) dello stato civile;*

— *se siete un suo discendente (figlio, figlia, nipote, ecc.), la „fiche familiale" dello stato civile recante il vostro grado di parentela;*

— *se siete un suo ascendente (padre, madre, nonno, ecc.), la sua „fiche individuelle" (scheda individuale) dello stato civile;*

— *se siete a carico suo per altri motivi, un attestato sull'onore che indichi che siete a suo carico totale, effettivo e permanente;*

in **Italia,** *certificato di morte;*

documento d'iscrizione all'INAM;

eventualmente, lo stato di famiglia;

in **Lussemburgo,** *l'atto di morte;*

le fatture quietanzate relative alle spese funerarie;

se del caso, un certificato dell'amministrazione comunale che attesti la comunità domestica.

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese di residenza del richiedente: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Da indicare solo se si tratta di un lavoratore oppure di un titolare (o richiedente) di una pensione o rendita.

(3) Indicare la denominazione e l'indirizzo.

(4) Codice postale, località, via, numero, paese.

(5) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione riferentesi al caso che interessa.

(6) Indicare l'importo nella moneta del paese del richiedente.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 125 ☐ (1)

CONTO INDIVIDUALE DELLE SPESE EFFETTIVE

Reg. 1408/71: art. 36.1 e 2; art. 63.1; art. 87.1
Reg. 574/72: art. 93.1, 2, 4 e 5; art. 105.1

Il modulo deve essere redatto per un solo beneficiario. Le istituzioni italiane compilano inoltre l'allegato 1 o l'allegato 2 secondo il caso.

1 Fattura n. ..... (2) del (3) ☐ 1° semestre ☐ 2° semestre dell'anno .....

2 All'istituzione competente

2.1 Denominazione: .....

2.2 Indirizzo (4): .....

.....

3 Assicurato

3.1 Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
.....	.....	.....	.....

3.2 N. d'identificazione: .....

4 Familiare (5)

4.1 Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
.....	.....	.....	.....

5 Alla persona indicata (3) ☐ al quadro 3 ☐ al quadro 4 le prestazioni sono state concesse a norma del seguente articolo:

5.1 (3) ☐ 19.1 e 2 ☐ 22.1 e 3 ☐ 25.1, 3, 4 ☐ 26 ☐ 29.1 ☐ 31 ☐ 52 ☐ 55.1 del Reg. 1408/71

e sulla base dei seguenti moduli ricevuti

5.2 (3) ☐ modulo E ..... del ..... ☐ modulo E 117 del .....

E 125

6	SPESE SOSTENUTE				6.1 Importo (6)
6.2	**Per prestazioni in natura** accordate	dal	.....	al	.....
6.3	Cure mediche				.....
6.4	Cure dentarie				.....
6.5	Medicinali				.....
6.6	Ricovero in ospedale	dal	.....	al	.....
		dal	.....	al	.....
6.7	Altre prestazioni (7)				
	.....				.....
	6.8 **Totale prestazioni in natura**				.....
6.9	Accertamenti sanitari (8)				
	.....				.....
6.10	**Per prestazioni in denaro** accordate	dal	.....	al	.....
	6.11 TOTALE DELLE SPESE				.....

7	Istituzione creditrice
7.1	Denominazione: .....
7.2	Indirizzo (4): .....
	.....
7.3	Timbro
	7.4 Data: .....
	7.5 Firma
	.....

8	Spazio riservato ad uso proprio dell'istituzione competente

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese che compila lo stampato: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Da indicare se necessario all'istituzione creditrice.

(3) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione riferentesi al caso che interessa.

(4) Codice postale, località, via, numero, paese.

(5) Da indicare solo se il conto riguarda un familiare.

(6) Da indicare in moneta nazionale.

(7) Indicare il tipo di prestazione: assistenza ostetrica, protesi dentarie, protesi ortopediche, cure termali, autoambulanza, ecc.

(8) Indicare la natura degli accertamenti sanitari.

Da compilare esclusivamente dalle istituzioni italiane

E 125 Allegato 1

Dettaglio delle spese per prestazioni in natura per malattia e maternità

						Importo lire
1	**Cure medico-generiche**					
1.1	Visite ambulatoriali	n.	.....	a lire	.....	.....
1.2	Visite domiciliari	n.	.....	a lire	.....	.....
1.3	Prestazioni extra	n.	.....	a lire	.....	.....
	1.4 **Totale cure medico-generiche**					.....
2	**Cure medico specialistiche**					
2.1	(1)	n.	.....	a lire	.....	.....
2.2	(1)	n.	.....	a lire	.....	.....
2.3	(1)	n.	.....	a lire	.....	.....
	2.4 **Totale cure medico-specialistiche**					.....
	3 **Totale cure medico-generiche e specialistiche**					.....
4	**Cure dentarie** prestazioni n.					.....
5	**Medicinali** prescrizioni n.					.....
6	**Cure ospedaliere**					
6.1	Giornate di degenza	n.	.....	a lire	.....	.....
6.2	Compensi ai sanitari	n.	.....	a lire	.....	.....
	6.3 **Totale cure ospedaliere**					.....
7	**Altre prestazioni** (2)					
.....						.....
.....						.....
	7.1 **Totale altre prestazioni**					.....
	8 TOTALE GENERALE					.....

9 Timbro

10 Data: .....

11 Firma

.....

(1) Indicare il tipo della prestazione: visita, intervento, esame radiologico, ecc.
(2) Indicare il tipo della prestazione: assistenza ostetrica, protesi dentarie, protesi ortopediche, cure termali, autoambulanza, ecc.

Da compilare esclusivamente dalle istituzioni italiane

E 125 Allegato 2

Dettaglio delle spese sostenute per infortunio sul lavoro e malattie professionali

		Importo lire
1	**Prestazioni in natura**	
2	Cure mediche	.....
3	Medicinali	.....
4	Ricovero in ospedale per cure:	
4.1	dal ..... al ....., ... giornate a ..... lire	.....
4.2	dal ..... al ....., ... giornate a ..... lire	.....
4.3	dal ..... al ....., ... giornate a ..... lire	.....
5	Presidi ortopedici (1)	.....
6	Fisioterapia (1)	.....
7	Altre prestazioni (2)	.....
8	**Totale prestazioni in natura**	.....
9	**Accertamenti sanitari**	
10	Onorario al consulente	.....
11	Onorario al consulente specialista:	
11.1	(3)	.....
11.2	(3)	.....
12	**Esami specialistici**	
12.1	Pellicole radiografiche n.	.....
12.2	Stratigrafie, tomografie	.....
2.3	Elettrocardiogramma	.....
12.4	Elettroencefalogramma	.....
12.5	Esame di laboratorio	.....
12.6	Prove della funzionalità respiratoria	.....
12.7	Altri esami (1)	.....
13	Ricovero in ospedale per accertamenti dal ..... al .... giornate a ..... lire	.....
14	**Totale accertamenti sanitari**	.....

(1) Precisare il tipo.
(2) Indicare il tipo: rimborso spese viaggio, rimborso salario perduto, autoambulanza, ecc.
(3) Indicare la branca specialistica.

E 125 Allegato 2

					Importo lire
15	**Prestazioni in denaro**				
16	Indennità giornaliera all'assicurato:				
16.1	in cura ambulatoriale,	dal	al	.....	.....
16.2	in cura ospedaliera,	dal	al	.....	.....
17	Indennità giornaliera ai familiari,	dal	al	.....	.....
18	**Totale prestazioni in denare**				.....
19	TOTALE DELLE SPESE				.....

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 126 ☐ (1)

TARIFFE PER IL RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI IN NATURA

Reg. 1408/71: art. 22.1.a.i; art. 22.3; art. 31
Reg. 574/72: art. 34

L'istituzione competente compila la parte A del formulario e ne invierà due copie all'istituzione che avrebbe dovuto erogare le prestazioni all'interessato nel paese di dimora direttamente o tramite l'organismo di collegamento. L'istituzione del luogo di dimora, redatta la parte B del formulario, restituisce una copia all'istituzione competente .

A — Domanda

1 All'istituzione (2)

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (3): .....

.....

2

(4) ☐ Lavoratore ☐ Familiare di un lavoratore

(4) ☐ Titolare di pensione o rendita ☐ Familiare di un titolare di pensione o rendita

2.1 Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
.....	.....	.....	.....

3 La persona sopraccitata

3.1 durante una sua temporanea dimora in: ..... (paese)

3.2 a: ..... (località)

3.3. ha sostenuto in proprio le spese per le cure, di cui ha avuto bisogno

3.4 È (4) ☐ vedovo (4) ☐ invalido (5)

3.5 dispone di un reddito proprio pari a ..... (5)

4 L'istituzione in indirizzo è pregata di indicare nelle ricevute allegate — per ogni prestazione che figura nelle ricevute medesime — gli importi che potrebbero essere rimborsati allo (alla) interessato(a), secondo le tariffe previste dalla legislazione sociale del paese dell'istituzione stessa.

5 Allegati: n..... ricevute.

6 Istituzione competente

6.1 Denominazione: .....

6.2 Indirizzo (3): .....

.....

6.3 Timbro

6.4 Data: .....

6.5 Firma

.....

B — Comunicazione

7 All'istituzione competente

7.1 Denominazione: .....

7.2 Indirizzo ([3]): .....

.....

8 Sono allegate n. ..... ricevute tariffate come da quanto richiesto.

9 Osservazioni: .....

.....

.....

.....

10 Organismo

10.1 Denominazione: .....

10.2 Indirizzo ([3]): .....

.....

10.3 Timbro

10.4 Data: .....

10.5 Firma

.....

E 126

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese che compila la parte A dello stampato: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo N = Paesi Bassi.

(2) Da indirizzare all'istituzione che sarebbe stata tenuta a concedere le prestazioni in natura all'interessato nel paese di dimora oppure all'organismo di collegamento di tale paese. In caso di dimora temporanea in ..... questo formulario può inoltre essere trasmesso a .....

(3) Codice postale, località, via, numero, paese.

(4) Riportare una X nel quadratino che percede l'indicazione riferentesi al caso che interessa.

(5) Da compilare soltanto se la domanda è inoltrata ad una istituzione belga.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 201 ☐ (1)

ATTESTATO CONCERNENTE LA TOTALIZZAZIONE DEI PERIODI DI ASSICURAZIONE

Reg. 1408/71: art. 9.2; art. 15.3
Reg. 574/72: art. 6.2

Attestato da compilare da parte della o delle istituzioni degli Stati membri in cui l'assicurato è stato scritto e a richiesta del medesimo, che lo trasmetterà all'istituzione dello Stato membro in causa per essere ammesso al beneficio dell'assicurazione volontaria o facoltativa continuata per l'invalidità, vecchiaia e morte (pensioni).

1 Lavoratore

1.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

1.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza (8) .....

1.3 Indirizzo (2): .....

.....

1.4 Numero di matricola: .....

2 Ultimo lavoro che ha dato luogo ad assicurazione

2.1 Natura dell'occupazione (operaio, impiegato, minatore, ecc.):

.....

2.2 Datore di lavoro (nome o ragione sociale): .....

2.3 Indirizzo (2): .....

.....

3 Il lavoratore di cui al quadro 1 (5) ☐ è ☐ è stato assicurato presso di noi

Dal / al	Periodi (3)	In qualità di (4)	Natura dell'assicurazione (6)	Contro i rischi di (7)
..... /				
..... /				
..... /				

4

4.1 L'interessato ([5]) ☐ ha inoltrato ☐ non ha inoltrato

in un altro Stato membro una domanda per iscriversi ad un'assicurazione volontaria o facoltativa continuata

In caso affermativo, si indichi

4.2 lo Stato: .....

4.3 il rischio: .....

5 Istituzione che rilascia l'attestato

5.1 Denominazione: .....

5.2 Indirizzo ([2]): .....

.....

5.3 Timbro

5.4 Data: .....

5.5 Firma

.....

E 201

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia, L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Codice postale, località, via, numero, paese.

(3) Secondo le modalità delle legislazioni nazionali, indicare il numero di trimestri, mesi, settimane, giorni.

(4) Da compilare esclusivamente nei casi in cui l'attestato sia destinato ad una istituzione tedesca o italiana.

(5) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione riferentesi al caso che interessa.

(6) Indicare la natura dell'assicurazione, utilizzando il seguente codice:
A = obbligatoria
B = volontaria
C = facoltativa continuata.

(7) Indicare i rischi coperti, utilizzando il seguente codice:
D = obbligatoria
E = volontaria;
F = morte.

(8) Eventualmente, indicare la data di naturalizzazione.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 202 ☐ (1)

Stato	Numero d'iscrizione dell'assicurato	Istituzione in causa (Eventualmente, organismo di collegamento)
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		

ISTRUTTORIA DI UNA DOMANDA DI PENSIONE DI VECCHIAIA

Reg. 1408/71: art. da 44 a 50
Reg. 574/72: art. da 36 a 38; art. da 41 a 43; art. da 45 a 47; art. 49; art. 111

Da compilare dall'istituto incaricato dell'istruttoria che ne trasmetterà un esemplare a ciascuna delle istituzioni presso le quali il lavoratore è stato assicurato (istituzione interessata) oppure all'organismo di collegamento.

1 All'istituzione interessata o all'organismo di collegamento

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (2): .....

.....

A — Notizie concernenti l'interessato

2

2.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

2.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza (4) .....

2.3 Stato civile: (3) ☐ celibe ☐ coniugato ☐ vedovo
(3) ☐ divorziato ☐ separato

2.4 Indirizzo alla data dell'introduzione della domanda (2): .....

.....

2.5 N. di matricola: .....

2.6 Riferimento della pratica: .....

3 (3) ☐ L'assicurato esercita ancora un'attività professionale

3.1 (3) ☐ L'assicurato non esercita più un'attività professionale dal .....

4

4.1 Il richiedente

(3) ☐ è ☐ non è titolare di una pensione o rendita.

(3) ☐ è stato ☐ non è stato titolare di una pensione o rendita

In caso affermativo, si indichi

4.2 la natura della pensione o della rendita: .....

4.3 il numero della pensione o della rendita: .....

4.4 l'istituzione debitrice: .....

4.5 la data di decorrenza: .....

4.6 eventualmente, la data della cessazione: .....

5 Il richiedente (3) ☐ ha beneficiato ☐ non ha beneficiato di un'indennità di disoccupazione dopo la presentazione della domanda.

6 Informazioni da fornire esclusivamente per le istituzioni francesi

6.1 Il richiedente (3) ☐ dal ..... è riconosciuto inabile dal punto di vista medico.

(3) ☐ non è riconosciuto inabile dal punto di vista medico.

6.2 Il richiedente (3) ☐ dal ..... ha bisogno della continua assistenza di terzi per adempiere alle funzioni ordinarie della vita.

(3) ☐ non ha bisogno della continua assistenza di terzi per adempiere alle funzioni ordinarie della vita.

7 Informazioni da fornire esclusivamente per le istituzioni francesi e italiane

7.1 Il richiedente (3) ☐ dal ..... beneficia dell'aliquota di maggiorazione per il coniuge.

(3) ☐ non beneficia dell' aliquota di maggiorazione per il coniuge.

B — Notizie riguardanti i familiari dell'assicurato

8 Coniuge

8.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile ..... Sesso .....

8.2 Data di nascita: .....

8.3 Indirizzo ([2]): .....

8.4 Data del matrimonio: .....

8.5 Il coniuge ([3]) ☐ esercita ☐ non esercita un'attività professionale

8.6 In caso affermativo, si indichi l'importo annuo dei redditi ([5]):

8.7 Il coniuge ([3]) ☐ è ☐ non è titolare di una pensione o rendita

In caso affermativo, si indichi:

8.8 la natura della pensione o della rendita: .....

8.9 l'istituzione debitrice: .....

8.10 l'importo ([3]) ☐ mensile ☐ trimestrale ☐ annuo: .....

8.11 Il coniuge ([3]) ☐ beneficia ☐ non beneficia di altre prestazioni sociali ([6]):

([3]) ☐ disoccupazione ☐ malattia ☐ invalidità ☐ altre

8.12 Altre fonti di reddito note: .....

9 Figli (da compilare esclusivamente se il richiedente non ha diritto a supplementi per i figli in forza della legislazione del paese in cui è domiciliato).

9.1	Cognome	Nomi	Data di nascita	Rapporto di parentela
	1.			
	2.			
	3.			
	4.			

9.2 Indirizzo ([2]) ([8]): .....

9.3 Osservazioni ([7]): .....

C — Informazioni varie

10 ([3]) ☐ Data dell'introduzione della domanda: .....

([3]) ☐ Data di decorrenza della rendita o pensione, se quest'ultima è stata liquidata d'ufficio

.....

11 Il richiedente ([3]) ☐ ha chiesto ☐ non ha chiesto

l'aggiornamento della liquidazione di una pensione di vecchiaia cui potrebbe aver diritto.
(In caso affermativo, indicare lo Stato): .....

12 L'istituzione che istruisce la pratica ([3]) ☐ può ☐ non può

concedere prestazioni a titolo provvisorio ai sensi dell'art. 45.1 del Reg. 574/72.

12.1 In caso negativo, si verifichi la possibilità di concedere prestazioni a titolo provvisorio ai sensi dell'art. 45.2 del Reg. 574/72.

13 ([3]) ☐ Si può ☐ non si può

trattenere arretrati ai fini della compensazione ai sensi dell'art. 111 del Reg. 574/72.

14 In allegato ([3]) ☐ E 205 ☐ E 206 ☐ E 207

15 Istituzione d'istruttoria

15.1 Denominazione: .....

.....

15.2 Indirizzo ([2]): .....

.....

15.3 Timbro

15.4 Data: .....

15.5 Firma

.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 5 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese ove ha sede l'istituzione d'istruttoria: B = Belgio; D = Germania, F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Codice postale, località, via, numero, paese.

(3) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione riferentesi al caso che interessa.

(4) Eventualmente, indicare la data di naturalizzazione.

(5) Da compilare esclusivamente per le istituzioni italiane e lussemburghesi.

(6) Da compilare esclusivamente per le istituzioni belghe.

(7) Indicare se il figlio è coniugato, infermo, deceduto (indicare la data di morte), apprendista o se prosegue gli studi.

(8) Si indichi l'indirizzo comune. Ove uno dei figli risieda altrove, lo si indichi nel quadro seguente:

Cognome e nomi: .....

Indirizzo (2): .....

.....

.....

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 203 ☐ (1)

Stato	Numero d'iscrizione dell'assicurato deceduto	Istituzione in causa (Eventualmente, organismo di collegamento)
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		

ISTRUTTORIA DI UNA DOMANDA DI PENSIONE AI SUPERSTITI

Reg. 1408/71: art. da 44 a 50
Reg. 574/72: art. da 36 a 38; art. da 41 a 43; art. da 45 a 47; art. 49; art. 111

Da compilare dall'istituzione incaricata dell'istruttoria che ne trasmetterà un esemplare a ciascuna delle istituzioni presso le quali il lavoratore è stato assicurato.

1 All'istituzione interessata o all'organismo di collegamento

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (2): .....

.....

A — Notizie concernenti l'interessato

2

2.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

2.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza (4) .....

2.3 Stato civile alla data della morte: (3) ☐ celibe ☐ coniugato (3) ☐ vedovo ☐ divorziato ☐ separato

2.4 Indirizzo alla data della morte (2): .....

.....

2.5 N. di matricola: .....

2.6 Riferimento della pratica: .....

3 Alla data della morte, l'assicurato deceduto

(3) ☐ esercitava ☐ non esercitava più un'attività professionale

4 Istituzioni presso cui l'assicurato deceduto era stato iscritto per l'assicurazione vecchiaia e superstiti:

.....

.....

.....

.....

.....

5

5.1 Data e luogo della morte: .....

5.2 Si presume che la morte (3) ☐ sia ☐ non sia conseguenza di un infortunio sul lavoro o di una malattia professionale

5.3 Si presume che la morte (3) ☐ sia stata ☐ non sia stata causata da terzi.

5.4 In caso di assenza (3) ☐ data delle ultime notizie .....

(3) ☐ data fissata dalla dichiarazione di morte presunta .....

6

6.1 L'assicurato deceduto (3) ☐ era ☐ non era titolare di una pensione o rendita

6.2 (3) ☐ alla data del suo matrimonio. ☐ alla data della sua morte.

In caso affermativo, si indichi:

6.3 — La natura della pensione o della rendita: .....

6.4 — Il numero della pensione o della rendita: .....

6.5 — L'istituzione debitrice della prestazione: .....

.....

6.6 — La data di decorrenza: .....

6.7 — Eventualmente, la data di cessazione: .....

7 L'assicurato deceduto (3) ☐ aveva richiesto ☐ non aveva richiesto l'aggiornamento della liquidazione di una pensione di vecchiaia cui avrebbe avuto diritto (in caso affermativo, indicare lo Stato: .....).

B — Notizie riguardanti gli aventi diritto

8 Vedova o vedovo, aventi diritto, accetto i figli (7)

8.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

8.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

8.3 Indirizzo (2): .....

8.4 Data del matrimonio: .....

8.5 Se esiste, data del divorzio: .....

8.6 Se esiste, data del nuovo matrimonio .....

8.7 Cognome e nomi del secondo marito o della seconda moglie: .....

8.8 Rapporto di parentela (per gli aventi diritto, che non siano la vedova o il vedovo): .....

9

9.1 La persona indicata al quadro 8

(3) ☐ esercita ☐ non esercita

(3) ☐ un'attività subordinata ☐ un'attività indipendente

9.2 (3) ☐ era a carico ☐ non era a carico dell'assicurato deceduto

9.3 (3) ☐ è inabile ☐ non è inabile al lavoro

(3) ☐ permanentemente

(3) ☐ temporaneamente per più di 3 mesi (5)

9.4 (3) ☐ ha bisogno ☐ non ha bisogno dell'assistenza di altra persona.

9.5 La persona indicata al quadro 8

(3) ☐ è titolare ☐ non è titolare di una pensione o rendita.

In caso affermativo, si indichi:

9.6 la natura della pensione o rendita: .....

9.7 il numero della pensione o rendita: .....

9.8 l'istituzione debitrice: .....

9.9 la data di decorrenza: .....

9.10 eventualmente, la data di cessazione: .....

10 Altri redditi noti: .....

.....

11 Figli (da compilare soltanto se il richiedente non ha diritto a supplementi per i figli in forza della legislazione dello Stato ove risiede)

11.1	Cognome	Nomi	Data di nascita	Rapporto di parentela
	1.	.....	.....	.....
	2.	.....	.....	.....
	3.	.....	.....	.....
	4.	.....	.....	.....

11.2 Indirizzo ([2]) ([8]): .....

.....

11.3 Osservazioni ([6]): .....

.....

12 I figli residenti nel paese dell'istituzione d'istruttoria

([3]) ☐ hanno ☐ non hanno diritto ad una prestazione ai sensi dell'art. 78 del Reg. 1408/71.

C — Informazioni varie

13 ([3]) ☐ Data di presentazione della domanda di pensione: .....

([3]) ☐ Ove la suddetta pensione sia stata liquidata d'ufficio, data di decorrenza:

.....

14 L'istituzione d'istruttoria

([3]) ☐ può ☐ non può

erogare prestazioni a titolo provvisorio ai sensi dell'art. 45.1 del Reg. 574/72.

14.1 In caso negativo, si verifichi se è possibile attribuire prestazioni a titolo provvisorio ai sensi dell'art. 45.2 del Reg. 574/72.

15 ([3]) ☐ Sarà opportuno ☐ non sarà opportuno

procedere a trattenute per una compensazione ai sensi dell'art. 111 del Reg. 574/72.

16 In allegato: ([3]) ☐ E 205 ☐ E 206 ☐ E 207

17 Istituzione d'istruttoria

17.1 Denominazione: .....

17.2 Indirizzo ([2]): .....

.....

17.3 Timbro

17.4 Data: .....

17.5 Firma

.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 6 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione d'istruttoria: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Codice postale, località, via, numero, paese.

(3) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione riferentesi al caso che interessa.

(4) Se del caso, indicare la data di naturalizzazione.

(5) Da compilare esclusivamente per le istituzioni olandesi.

(6) Indicare se il figlio è coniugato, infermo, deceduto (indicare la data di morte), apprendista o se prosegue gli studi.

(7) Ove vi siano più persone in causa al quadro 8, si utilizzino altrettante pagina supplementari (3).

(8) Si indichi l'indirizzo comune. Ove uno dei figli risieda altrove, lo si indichi nel quadro seguente:

Cognome e nomi: .....

Indirizzo (2): .....

.....

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 204 [ ] (1)

Stato	Numero d'iscrizione dell'assicurato deceduto	Istituzione in causa (Eventualmente, organismo di collegamento)
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		

ISTRUTTORIA DI UNA DOMANDA DI PENSIONE D'INVALIDITÀ

Reg. 1408/71: art. da 44 a 50
Reg. 574/72: art. da 36 a 38; art. da 41 a 43; art. da 45 a 47; art. 49; art. 111

Da compilare dall'istituzione incaricata dell'istruttoria che ne trasmetterà un esemplare a ciascuna delle istituzioni presso le quali il lavoratore è stato assicurato (istituzione interessata) oppure all'organismo di collegamento.

1 All'istituzione interessata o all'organismo di collegamento

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (2): .....

.....

A — Notizie concernenti l'assicurato

2

2.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

2.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza (4) .....

2.3 Stato civile (3) [ ] celibe [ ] coniugato [ ] vedovo
(3) [ ] divorziato [ ] separato

2.4 Indirizzo alla data della morte (2): .....

.....

2.5 N. di matricola: .....

2.6 Riferimento della pratica: .....

E 204

3 Data alla quale è stato fissato l'inizio dell'invalidità: .....

3.1 Data d'inizio dell'inabilità al lavoro seguita da invalidità: .....

3.2 L'interessato

(3) ☐ esercita ☐ non esercita più

(3) ☐ un'attività dipendente ☐ un'attività indipendente

3.3 Se esercita un'attività dipendente (5) si indichi:

l'importo del salario: ..... la durata settimanale del lavoro: .....

3.4 Data di cessazione dell'attività professionale normale: .....

3.5 Natura di detta attività: .....

3.6 Se si tratta di un'attività indipendente, si indichi: l'importo del reddito professionale (6): .....

3.7 Si presume che l'invalidità

(3) ☐ sia stata causata ☐ non sia stata causata da terzi

4 Dall'inizio dell'inabilità al lavoro l'interessato

(3) ☐ è stato sottoposto a riabilitazione professionale

(3) ☐ non è stato sottoposto a riabilitazione professionale

In caso affermativo, si indichi:

4.1 per ottenere quale posto di lavoro: .....

4.2 il datore di lavoro per conto del quale ha esercitato la nuova attività:

Nome o ragione sociale: .....

Indirizzo (2): .....

.....

4.3 la data d'inizio e di cessazione dell'occupazione: .....

4.4 L'interessato (3) ☐ beneficia ☐ non beneficia di una aliquota di maggiorazione per coniuge

In caso affermativo, si indichi la data di decorrenza: .....

5

5.1 Prima che avessero inizio le prestazioni d'invalidità, l'interessato

(3) ☐ beneficiava ☐ non beneficiava

(3) ☐ di una pensione d'invalidità ☐ di una pensione di vecchiaia

(3) ☐ di una rendita per infortunio sul lavoro o malattia professionale

5.2 In caso affermativo, si indichi:

il periodo per cui tali prestazioni sono state o saranno concesse:

.....

l'istituzione debitrice: .....

.....

5.3 Dall'inizio della sua inabilità, l'interessato

(3) ☐ ha chiesto ☐ non ha chiesto di beneficiare

(3) ☐ può ☐ non può beneficiare

(3) ☐ di prestazioni in denaro dell'assicurazione malattia

(3) ☐ di una pensione di vecchiaia

(3) ☐ di una pensione ai superstiti

(3) ☐ di una rendita per infortunio sul lavoro o malattia professionale

(3) ☐ di prestazioni dell'assicurazione disoccupazione

5.4 In caso affermativo, si indichi:

il periodo per cui tali prestazioni sono state o saranno concesse:

.....

l'istituzione debitrice: .....

.....

5.5 Dall'inizio delle prestazioni d'invalidità, l'interessato

(3) ☐ beneficia ☐ non beneficia

(3) ☐ di prestazioni in denaro dell'assicurazione malattia

(3) ☐ di una pensione di vecchiaia

(3) ☐ di prestazioni dell'assicurazione disoccupazione

5.6 In caso affermativo, si indichi:

il periodo in cui sono state o saranno concesse: .....

.....

l'istituzione debitrice: .....

.....

B — Informazioni concernenti i familiari dell'assicurato

6 Coniuge

6.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile ..... Sesso .....

6.2 Data di nascita: .....

6.3 Data del matrimonio: .....

6.4 Il coniuge (3) ☐ esercita ☐ non esercita un'attività professionale

6.5 In caso affermativo, si indichi l'importo annuo dei redditi (5): .....

6.6 Il coniuge (3) ☐ è titolare ☐ non è titolare di una pensione o rendita

6.7 In caso affermativo, si indichi:

la natura della pensione o della rendita: .....

l'istituzione debitrice: .....

l'importo (3) ☐ mensile ☐ trimestrale ☐ annuo: .....

6.8 Il coniuge (3) ☐ beneficiava ☐ non beneficiava di altre prestazioni sociali (9)

(3) ☐ disoccupazione ☐ malattia

(3) ☐ invalidità ☐ altre

6.9 Altre fonti di reddito: .....

.....

7 Figli (Da compilare esclusivamente se il richiedente non ha diritto a supplementi per i figli in forza della legislazione dello Stato di residenza)

7.1	Cognome	Nomi	Data di nascita	Rapporto di parentela
	1.	.....	.....	.....
	1.	.....	.....	.....
	3.	.....	.....	.....
	4.	.....	.....	.....

7.2 Indirizzo (2) (11): .....

.....

7.3 Osservazioni (7): .....

.....

8 Ascendenti a carico ([8])

8.1	Cognome	Nomi	Data di nascita	Rapporto di parentela
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

8.2 Indirizzo ([2]) ([11]): .....

.....

8.3 Osservazioni ([7]): .....

.....

C — Informazioni varie

9 ([3]) ☐ Data di presentazione della domanda: .....

([3]) ☐ Data di decorrenza, ove la suddetta pensione o rendita sia stata liquidata d'ufficio:

.....

10 Se l'interessato può ricevere un'altra pensione o rendita:

natura di detta pensione o rendita: .....

istituzione debitrice: .....

11 L'istituzione d'istruttoria

([3]) ☐ può ☐ non può
versare prestazioni a titolo provvisorio ai sensi dell'art. 45.1 del Reg. 574/72

12 In caso negativo, si verifichi se è possibile attribuire prestazioni a titolo provvisorio ai sensi dell'art. 45.2 del Reg. 574/72.

13 ([3]) ☐ Sarà ☐ non sarà opportuno procedere a trattenute per una compensazione, conformemente all'art. 111 del Reg. 574/72.

14 In allegato ([3]) ☐ E 205 ☐ E 206 ☐ E 207 ☐ E 213 ☐ E 214 ([10])

15 Istituzione d'istruttoria

15.1 Denominazione: .....

15.2 Indirizzo ([2]): .....

.....

15.3 Timbro

15.4 Data: .....

15.5 Firma

.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 6 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese ove ha sede l'impresa: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo, N = Paesi Bassi.

(2) Codice postale, località, via, numero, paese.

(3) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione riferentesi al caso che interessa.

(4) Se del caso, indicare la data di naturalizzazione.

(5) Da compilare esclusivamente per le istituzioni francesi, lussemburghesi e olandesi.

(6) Da compilare esclusivamente per le istituzioni belghe, lussemburghesi e olandesi.

(7) Indicare se il figlio è coniugato, infermo, deceduto (data di morte), apprendista o se prosegue gli studi.

(8) Da compilare esclusivamente per le istituzioni belghe e tedesche.

(9) Da compilare esclusivamente per le istituzioni belghe.

(10) Si alleghi il formulario E 214, quando il formulario E 204 è emesso da una istituzione tedesca o olandese o quando è destinato ad una istituzione tedesca o olandese.

(11) Si indichi l'indirizzo comune. Ove uno dei figli (uno degli ascendenti) risieda altrove, lo si indichi nel quadro seguente:

Cognome e nomi: .....

Indirizzo (2): .....

.....

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 205 **B** (1)

ATTESTATO CONCERNENTE LA CARRIERA ASSICURATIVA IN BELGIO

Reg. 1408/71: art. 38; art. 45; art. 48; art. 57.3.c
Reg. 574/72: art. 42.1; art. 43.1, 2 e 3; art. 69

Da compilare dall'istituzione d'istruttoria per i periodi di assicurazione effettuati sotto la legislazione da essa applicata; da allegare ai formulari E 202, E 203 o E 204, secondo i casi. Ciascuna istituzione compila un formulario per i periodi effettuati sotto la legislazione da essa applicata e lo trasmette all'istituzione d'istruttoria.

1 All'istituzione (istituzione interessata o istituzione d'istruttoria)

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (2): .....

.....

2 Riferimenti della pratica

2.1 presso l'istituzione d'istruttoria: .....

2.2 presso l'istituzione interessata: .....

3 Lavoratore

3.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

3.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

3.3 Indirizzo (2): .....

.....

3.4 N. di matricola: .....

4 Avente diritto (6)

4.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

4.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

4.3 Indirizzo (2): .....

.....

5

Sono stati maturati periodi di assicurazione e periodi equivalenti			Periodi di assicurazione Anni	Periodi equivalenti (3) Anni	Regime	Professione (4)
Anno	dal	al				

6 L'assicurato che comprovi un periodo di assicurazione inferiore ad un anno

([5]) ☐ può beneficiare ☐ non può beneficiare

di una pensione in forza della legislazione nazionale (art. 48.1 del Reg. 1408/71).

7 Istituzione che compila il formulario

7.1 Denominazione: .....

7.2 Indirizzo ([2]): .....

.....

7.3 Timbro

7.4 Data: .....

7.5 Firma

.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 4 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato (B = Belgio).

(2) Codice postale, località, via, numero, paese.

(3) Specificare al punto 5.2 la natura dei periodi equivalenti.

(4) Per i lavoratori che sono stati occupati nelle miniere o industrie assimilate, allegare un formulario E 206.

(5) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione riferentesi al caso che interessa.

(6) Da compilare, se del caso.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 205 **D** (1)

ATTESTATO CONCERNENTE LA CARRIERA ASSICURATIVA IN GERMANIA

Reg. 1408/71: art. 38; art. 45; art. 48; art. 57.3.c
Reg. 574/72: art. 42.1; art. 43.1, 2 e 3; art. 69

Da compilare dall'istituzione d'istruttoria per i periodi di assicurazione effettuati sotto la legislazione da essa applicata; da allegare ai formulari E 202, E 203 o E 204, secondo i casi. Ciascuna istituzione compila un formulario per i periodi effettuati sotto la legislazione da essa applicata e lo trasmette all'istituzione d'istruttoria.

1 All'istituzione (istituzione interessata o istituzione d'istruttoria)

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (2): .....

.....

2 Riferimenti della pratica

2.1 presso l'istituzione d'istruttoria: .....

2.2 presso l'istituzione interessata: .....

3 Lavoratore

3.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

3.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

3.3 Indirizzo (2): .....

.....

3.4 N. di matricola: .....

4 Avente diritto (7)

4.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

4.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

4.3 Indirizzo (2): .....

.....

5

Sono stati maturati periodi di assicurazione e periodi equivalenti			Periodi di assicurazione (3)		Periodi equivalenti (4)		Regime	Professione (5)
Anno	dal	al	Settimane	Mesi	Settimane	Mesi		

6 L'assicurato che comprovi un periodo di assicurazione inferiore ad un anno

(6) ☐ può beneficiare ☐ non può beneficiare

di una pensione in forza della legislazione nazionale (art. 48.1 del Reg. 1408/71).

7 Istituzione che compila il formulario

7.1 Denominazione: .....

7.2 Indirizzo (2): .....

.....

7.3 Timbro

7.4 Data: .....

7.5 Firma

.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 4 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato (D = Germania).

(2) Codice postale, località, via, numero, paese.

(3) Si indichi una P dopo il numero di settimane o di mesi relativi ai periodi di assicurazione obbligatoria (Pflichtversicherung), per distinguerli dai periodi di assicurazione volontaria.

(4) Indicare una E dopo il numero di settimane o mesi relativi ai periodi sostitutivi (Ersatzzeiten), per distinguerli dai periodi di interruzione. Inoltre, specificare al punto 5.2 la natura dei periodi equivalenti.

(5) Per i lavoratori che sono stati occupati nelle miniere o industrie assimilate, allegare un formulario E 206.

(6) Segnare con una X il quadratino che precede l'indicazione che interessa.

(7) Da compilare, se del caso.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 205 **F** (1)

ATTESTATO CONCERNENTE LA CARRIERA ASSICURATIVA IN FRANCIA

Reg. 1408/71: art. 38; art. 45; art. 48; art. 57.3.c
Reg. 574/72: art. 42.1; art. 43.1, 2 e 3; art. 69

Da compilare dall'istituzione d'istruttoria per i periodi di assicurazione effettuati sotto la legislazione da essa applicata; da allegare ai formulari E 202, E 203 o E 204, secondo i casi. Ciascuna istituzione compila un formulario per i periodi effettuati sotto la legislazione da essa applicata e lo trasmette all'istituzione d'istruttoria.

1 All'istituzione (istituzione interessata o istituzione d'istruttoria)

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (2): .....

.....

2 Riferimenti della pratica

2.1 presso l'istituzione d'istruttoria: .....

2.2 presso l'istituzione interessata: .....

3 Lavoratore

3.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

3.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

3.3 Indirizzo (2): .....

.....

3.4 N. di matricola: .....

4 Avente diritto (6)

4.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

4.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

4.3 Indirizzo (2): .....

.....

5

Sono stati maturati periodi di assicurazione e periodi equivalenti			Periodi di assicurazione	Periodi equivalenti (3)	Regime	Professione (4)
Anno	dal	al				

6 L'assicurato che comprovi un periodo di assicurazione inferiore ad un anno

([5]) ☐ può beneficiare ☐ non può beneficiare

di una pensione in forza della legislazione nazionale (art. 48.1 del Reg. 1408/71).

7 Istituzione che compila il formulario

7.1 Denominazione: .....

7.2 Indirizzo ([2]): .....

.....

7.3 Timbro

7.4 Data: .....

7.5 Firma

.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 4 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato (F = Francia).

(2) Codice postale, località, via, numero, paese.

(3) Specificare al punto 5.2 la natura dei periodi equivalenti.

(4) Per i lavoratori che sono stati occupati nelle miniere o industrie assimilate, allegare un formulario E 206.

(5) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione riferentesi al caso che interessa.

(6) Da compilare, se del caso.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 205 **I** (1)

ATTESTATO CONCERNENTE LA CARRIERA ASSICURATIVA IN ITALIA

Reg. 1408/71: art. 38; art. 45; art. 48; art. 57.3.c
Reg. 574/72: art. 42.1; art. 43.1, 2 e 3; art. 69

Da compilare dall'istituzione d'istruttoria per i periodi di assicurazione effettuati sotto la legislazione da essa applicata; da allegare ai formulari E 202, E 203 o E 204, secondo i casi. Ciascuna istituzione compila un formulario per i periodi effettuati sotto la legislazione da essa applicata e lo trasmette all'istituzione d'istruttoria.

1 All'istituzione (istituzione interessata o istituzione d'istruttoria)

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (2): .....

.....

2 Riferimenti della pratica

2.1 presso l'istituzione d'istruttoria: .....

2.2 presso l'istituzione interessata: .....

3 Lavoratore

3.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

3.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

3.3 Indirizzo (2): .....

.....

3.4 N. di matricola: .....

4 Avente diritto (7)

4.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

4.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

4.3 Indirizzo (2): .....

.....

5

Sono stati maturati periodi di assicurazione e periodi equivalenti			Periodi di assicurazione (3)		Periodi equivalenti (4)		Regime	Professione (5)
Anno	dal	al	Settimane	Mesi	Settimane	Mesi		

6 L'assicurato che comprovi un periodo di assicurazione inferiore ad un anno ([6])

☐ può beneficiare ☐ non può beneficiare

di una pensione in forza della legislazione nazionale (art. 48.1 del Reg. 1408/71).

7 Istituzione che compila il formulario

7.1 Denominazione: .....

7.2 Indirizzo ([2]): .....

.....

7.3 Timbro

7.4 Data: .....

7.5 Firma

.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 4 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato (I = Italia).

(2) Codice postale, località, via, numero, paese.

(3) Si indichi una P dopo il numero di settimane o di mesi relativi ai periodi di assicurazione obbligatoria, per distinguerli dai periodi di assicurazione volontaria.

(4) Specificare al punto 5.2 la natura dei periodi equivalenti.

(5) Per i lavoratori che sono stati occupati nelle miniere o industrie assimilate, allegare un formulario E 206.

(6) Segnare con una X il quadratino che precede l'indicazione che interessa.

(7) Da compilare, se del caso.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 205 **L** (1)

ATTESTATO CONCERNENTE LA CARRIERA ASSICURATIVA IN LUSSEMBURGO

Reg. 1408/71: art. 38; art. 45; art. 48; art. 57.3.c
Reg. 574/72: art. 42.1; art. 43.1, 2 e 3; art. 69

Da compilare dall'istituzione d'istruttoria per i periodi di assicurazione effettuati sotto la legislazione da essa applicata; da allegare ai formulari E 202, E 203 o E 204, secondo i casi. Ciascuna istituzione compila un formulario per i periodi effettuati sotto la legislazione da essa applicata e lo trasmette all'istituzione d'istruttoria.

1 All'istituzione (istituzione interessata o istituzione d'istruttoria)

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (2): .....

.....

2 Riferimenti della pratica

2.1 presso l'istituzione d'istruttoria: .....

2.2 presso l'istituzione interessata: .....

3 Lavoratore

3.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

3.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

3.3 Indirizzo (2): .....

.....

3.4 N. di matricola: .....

4 Avente diritto (6)

4.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

4.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

4.3 Indirizzo (2): .....

.....

5

Sono stati maturati periodi di assicurazione e periodi equivalenti			Periodi di assicurazione		Periodi equivalenti (3)		Regime	Professione (4)
Anno	dal	al	Mesi	Giorni	Mesi	Giorni		

6 L'assicurato che comprovi un periodo di assicurazione inferiore ad un anno

([5]) ☐ può beneficiare ☐ non può beneficiare

di una pensione in forza della legislazione nazionale (art. 48.1 del Reg. 1408/71).

7 Istituzione che compila il formulario

7.1 Denominazione: .....

7.2 Indirizzo ([2]): .....

.....

7.3 Timbro

7.4 Data: .....

7.5 Firma

.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 4 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato (L = Lussemburgo).

(2) Codice postale, località, via, numero, paese.

(3) Specificare al punto 5.2 la natura dei periodi equivalenti.

(4) Per i lavoratori che sono stati occupati nelle miniere o industrie assimilate, allegare un formulario E 206.

(5) Riportare una x nel quadratino che precede l'indicazione riferentesi al caso che interessa.

(6) Da compilare, se del caso.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 205 **N** (1)

ATTESTATO CONCERNENTE LA CARRIERA ASSICURATIVA NEI PAESI BASSI

Reg. 1408/71: art. 38; art. 45; art. 48; art. 57.3.c
Reg. 574/72: art. 42.1; art. 43.1, 2 e 3; art. 69

Da compilare dall'istituzione d'istruttoria per i periodi di assicurazione effettuati sotto la legislazione da essa applicata; da allegare ai formulari E 202, E 203 o E 204, secondo i casi. Ciascuna istituzione compila un formulario per i periodi effettuati sotto la legislazione da essa applicata e lo trasmette all'istituzione d'istruttoria.

1 All'istituzione (istituzione interessata o istituzione d'istruttoria)

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (2): .....

.....

2 Riferimenti della pratica

2.1 presso l'istituzione d'istruttoria: .....

2.2 presso l'istituzione interessata: .....

3 Lavoratore

3.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

3.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

3.3 Indirizzo (2): .....

.....

3.4 N. di matricola: .....

4 Avente diritto (7)

4.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

4.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

4.3 Indirizzo (2): .....

.....

5

Periodi di assicurazione secondo l'AOW/AWW (3)		Periodi di assicurazione secondo l'AWO (3)		Numero			Natura (4)
dal	al	dal	al	di anni	di mesi	di giorni	

6 L'assicurato che comprovi un periodo di assicurazione inferiore ad un anno

([6]) ☐ può beneficiare ☐ non può beneficiare

di una pensione in forza della legislazione nazionale (art. 48.1 del Reg. 1408/71).

7 Istituzione che compila il formulario

7.1 Denominazione: .....

7.2 Indirizzo ([2]): .....

.....

7.3 Timbro

7.4 Data: .....

7.5 Firma

.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 4 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato (N = Paesi Bassi).

(2) Codice postale, località, via, numero, paese.

(3) AOW = Legge generalizzata sull'assicurazione vecchiaia.
AWW = Legge generalizzata sull'assicurazione vedove ed orfani.
WAO = Legge sull'assicurazione contro l'inabilità al lavoro prolungata.

(4) Per l'indicazione dei periodi di assicurazione AOW e AWW, utilizzare il seguente codice:
P = assicurazione obbligatoria;
F = assicurazione volontaria.
G = periodi equivalenti.

(5) Cancellare l'indicazione che non interessa. Il regime olandese di assicurazione non prevede l'immatricolazione degli assicurati. Può darsi quindi che il nostro estratto conto indichi periodi per i quali si presume esista un'assicurazione nei Paesi Bassi. Ove si accerti che l'interessato è stato assicurato in forza della legislazione del vostro paese per periodi da noi indicati come periodi di assicurazione nei Paesi Bassi, potete dedurre, senza doverci per questo consultare, i suddetti periodi dalla durata totale di assicurazione olandese di cui al punto 5.1.

(6) Segnare con una X il quadratino che precede l'indicazione che interessa.

(7) Da compilare, se del caso.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 206 [ ] (1)

PROSPETTO DEI PERIODI DI LAVORO NELLE MINIERE O AZIENDE ASSIMILATE

Reg. 1408/71: art. 38; art. 45; art. 48; art. 57.3.c
Reg. 574/72: art. 42.1; art. 43.1, 2 e 3; art. 69

Da compilare dall'istituzione d'istruttoria per i periodi di assicurazione effettuati sotto la legislazione da essa applicata, da allegare ai formulari E 202, E 203 o E 204, secondo i casi. Ciascuna istituzione compila un formulario per i periodi effettuati sotto la legislazione da essa applicata e lo trasmette all'istituzione d'istruttoria.

1 All'istituzione (istituzione interessata o istituzione d'istruttoria)

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (2): .....

.....

2 Riferimenti della pratica

2.1 presso l'istituzione d'istruttoria: .....

2.2 presso l'istituzione interessata: .....

3 Lavoratore

3.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

3.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

3.3 Indirizzo (2): .....

.....

3.4 N. di matricola: .....

4 Avente diritto (5)

4.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

4.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

4.3 Indirizzo (2): .....

.....

5

Aziende (3)	Natura delle attività (4)	Periodi di lavoro		Durata di ciascun periodo					
				globale			al fondo		
		dal	al	Anni	Mesi	Giorni	Anni	Mesi	Giorni

6	Istituzione che compila il formulario

6.1 Denominazione: .....

6.2 Indirizzo ([2]): .....

.....

6.3 Timbro

6.4 Data: .....

6.5 Firma

.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 4 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Sigla del paese cui appartiene l'istituzione che compila il formulario: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Codice postale, località, via, numero, paese.

(3) Indicare le aziende nelle quali l'interessato è stato occupato e la natura del minerale estratto e lavorato.

(4) Indicare il tipo di lavoro e specificare se il lavoro stesso è stato effettuato al fondo o in superficie.

(5) Da compilare, se del caso.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 207 [ ] (1)

INFORMAZIONI RIGUARDANTI LA CARRIERA DEL LAVORATORE

Reg. 1408/71: art. 38; art. 45; art. 48; art. 57.3.c
Reg. 574/72: art. 42.1; art. 69

Da compilare, all'occorrenza, dall'istituzione d'istruttoria e da allegare ai formulari E 202, E 203, E 204.

I dati del quadro 3 sono stati forniti dall'interessato e sono trasmessi ad ogni buon conto all'istituzione in causa.

1 Lavoratore

1.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

1.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

1.3 Numero di matricola: .....

1.4 Indirizzo (2): .....

.....

(Notizie relative a ciascun periodo: si veda pag. 2)

2 Istituzione d'istruttoria

2.1 Denominazione: .....

2.2 Indirizzo (2): .....

.....

2.3 Timbro

2.4 Data: .....

2.5 Firma

.....

3 Informazioni relative a ciascun periodo

	Periodi		Natura dell'attività (3)	Denominazione e sede dell'impresa	Località e paese dove l'interessato è stato occupato	a) Istituzione o regime di assicurazione b) Numero di matricola c) Assicurazione (4)	Luogo di residenza durante i periodi di attività
	dal	al					
	1	2	3	4	5	6	7
1						a) ..... b) ..... c)	
2						a) ..... b) ..... c)	
3						a) ..... b) ..... c)	
4						a) ..... b) ..... c)	
5						a) ..... b) ..... c)	
6						a) ..... b) ..... c)	
7						a) ..... b) ..... c)	
8						a) ..... b) ..... c)	

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione. Ove lo spazio previsto a pagina 2 non sia sufficiente per indicare tutti i periodi della carriera dell'assicurato, si inseriscano una o più pagine identiche, modificando i numeri che si trovano a sinistra (si sostituisca 1, 2, 3.... con 9, 10, 11....)

NOTE

(1) Sigla del paese cui appartiene l'istituzione che compila il formulario: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Codice postale, località, via, numero, paese.

(3) Indicare la natura dell'attività svolta (lavoratore dipendente o indipendente), ad esempio: meccanico, commesso, coltivatore diretto. Eventualmente: servizio milirate (Stato), istruzione scolastica o professionale, periodi senza occupazione professionale (ad esempio: casalinga, disoccupazione, malattia, ecc ....).

(4) Precisare se si tratta di assicurazione obbligatoria, assicurazione volontaria o facoltativa continuata o di un periodo senza assicurazione.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 208 [ ] (1)

DETERMINAZIONE DEI DIRITTI A PENSIONE

di (7) ☐ **vecchiaia** ☐ **invalidità** ☐ **superstiti**

in (2) .....

Reg. 1408/71: art. 46.1 e 2; art. 49.2 e 3
Reg. 574/72: art. 43.2 e 3; art. 46

Da trasmettere dall'istituzione in causa all'istituzione d'istruttoria.

1 All'istituzione d'istruttoria

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (3): .....

.....

2 Riferimenti della pratica

2.1 presso l'istituzione d'istruttoria: .....

2.2 presso l'istituzione in causa: .....

3 Assicurato

3.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

3.2 Data di nascita ..... Sesso ..... N. di matricola .....

3.3 Indirizzo (3): .....

.....

4 Avente diritto (4)

4.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

4.2 Data di nascita ..... Sesso .....

4.3 Indirizzo (3): .....

.....

4.4 Rapporto di parentela con l'assicurato deceduto: .....

5 Data della domanda di pensione: .....

6 In caso di reiezione della domanda ([5])

Motivazione: .....

.....

.....

.....

.....

7 In caso di attribuzione di una pensione ([5])

7.1 Importo annuo ([6]) della pensione nazionale, di cui all'art. 46.1 (primo comma) del regolamento 1408/71, cui può avere diritto l'interessato per i periodi di assicurazione (obbligatoria, volontaria o facoltativa continuata) e periodi equivalenti, compiuti nello Stato in causa, anche se taluni di essi si sovrappongono con periodi compiuti in un altro Stato:

.....

7.2 Importo annuo ([6]) effettivo della pensione teorica, di cui all'art. 46.2 del regolamento 1408/71, che verrebbe corrisposta se tutti i periodi assicurativi e periodi equivalenti, determinati secondo le regole previste dall'art. 15 del regolamento 574/72, fossero stati compiuti nello Stato in causa:

.....

7.3 Importo annuo ([6]) effettivo della pensione proporzionale, di cui all'art. 46.2.b, c e d, del regolamento 1408/71, calcolato tenendo conto dei periodi compiuti nello Stato in causa, esclusi i periodi di assicurazione volontaria o facoltativa continuata sovrapposti a periodi di assicurazione compiuti in un altro Stato:

.....

7.4 Importo annuo ([6]) effettivo della pensione proporzionale, di cui all'art. 46.2 b, c e d, del regolamento 1408/71, calcolato tenendo conto dei periodi compiuti nello Stato in causa, ivi compresi i periodi di assicurazione volontaria o facoltativa continuata sovrapposti a periodi di assicurazione compiuti in un altro Stato:

.....

7.5 Data di decorrenza delle prestazioni: .....

8 Istituzione in causa

8.1 Denominazione: .....

8.2 Indirizzo ([3]): .....

.....

8.3 Timbro

8.4 Data: .....

8.5 Firma

.....

AVVERTENZE

Il formulario deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Sigla del paese cui appartiene l'istituzione in causa: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Indicare lo Stato.

(3) Codice postale, località, via, numero, paese.

(4) Da compilare solo, se si tratta di una domanda di pensione ai superstiti.

(5) Compilare il quadro 5 o 6 secondo il caso.

(6) L'importo annuo è pari al totale degli importi da corrispondere in un anno, calcolato sulla base applicabile alla data da cui decorre il godimento della pensione.

(7) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione riferentesi al caso che interessa.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 209 ☐ (1)

DETERMINAZIONE DEGLI IMPORTI DELLA PENSIONE

di (2) ☐ **vecchiaia** ☐ **invalidità** ☐ **superstiti**

AI FINI DELL'EVENTUALE APPLICAZIONE DELL'ARTICOLO 46.3 DEL REGOLAMENTO 1408/71

Il formulario è compilato dall'istituzione d'istruttoria che ne invia un esemplare ad ognuna delle istituzioni in causa.

1 All'istituzione in causa

1,1 Denominazione: .....

1,2 Indirizzo (3): .....

.....

2 Riferimenti della pratica

2.1 presso l'istituzione d'istruttoria: .....

2.2 presso l'istituzione in causa: .....

3 Assicurato

3.1	Cognome	Nomi		Cognome da nubile
	.....	.....		.....
3.2	Luogo di nascita	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza
	.....	.....	.....	.....

4 Avente diritto (4)

4.1	Cognome	Nomi		Cognome da nubile
	.....	.....		.....
4.2	Data di nascita:		Sesso:	.....
4.3	Indirizzo (3):			
	.....			
4.4	Rapporto di parentela con l'assicurato deceduto:			

(Determinazione degli importi: si veda pag. 2)

5 Istituzione d' istruttoria

5.1 Denominazione: .....

5.2 Indirizzo (3): .....

.....

5.3 Timbro

5.4 Data: .....

5.5 Firma

.....

6 Determinazione degli importi di pensione in data .....

Paese debitore della prestazione	Importo annuo nella valuta del paese dell'istituzione competente (5)			Importo annuo nella valuta del paese dell'istituzione d'istruttoria				Importo annuo nella valuta del paese dell'istituzione competente (5) (Pensione dopo l'applicazione dell'art. 46.3 del reg. 1408/71) (8)
	Pensione teorica (art. 46.2.a, del reg. 1408/71)	Pensione nazionale (art. 46.1, primo com., del reg. 1408/71)	Pensione proporzionale (6) (art. 46.2.b, del reg. 1408/71)	Pensione teorica (art. 46.2.a, del reg. 1408/71)	Importo più elevato (7) esposto alle colonne 3 o 4		Prodotto degli importi della colonna 6 per il coefficiente di riduzione (v. quadro 7)	
					Importi della colonna 3 (art. 46.1, primo com., del reg. 1408/71)	Importi della colonna 4 (art. 46.2.b, del reg. 1408/71)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								

Totale	A	B .....
Riporto del totale B della colonna 7	B	
Totale delle pensioni dovute da tutti i paesi (C = A + B)	C	
Pensione teorica più elevata della colonna 5	D	
Differenza (C — D = E)	E	

8 Parità monetarie (9)

Valuta del paese dell'istituzione competente		Valuta del paese dell'istituzione d'istruttoria
100 DM	=	.....
100 FB	=	.....
100 FF	=	.....
100 lire	=	.....
100 FLus.	=	.....
100 fiorini	=	.....

7 Determinazione del coefficiente correttore in applicazione dell'art. 46.3 del reg. 1408/71 (tale coefficiente è usato per il calcolo degli importi di cui alla colonna 8 del quadro 6)

Importo totale delle pensioni nazionali (colonna 6)	A .....
Importo della differenza	E .....
Coefficiente correttore $F = \frac{A - E}{A}$	F .....

(N)

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Sigla del paese cui appartiene l'istituzione che compila il formulario: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia, L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione riferentesi al caso che interessa.

(3) Codice postale, località, via, numero, paese.

(4) Da compilare unicamente se si tratta di una domanda di pensione di superstite.

(5) Precisare l'unità monetaria.

(6) Calcolato senza tenere conto dei periodi di assicurazione volontaria o facoltativa continuata sovrapposti a periodi di assicurazione obbligatoria compiuti in un altro paese.

(7) Quando l'importo della colonna 3 e quello della colonna 4 sono uguali, tale importo dev'essere iscritto alla colonna 6.

(8) All'importo della colonna 7 si aggiunga, eventualmente, l'aumento della pensione di cui all'articolo 46.1 del regolamento 574/72 corrispondente ai periodi di assicurazione volontaria o facoltativa continuata sovrapposti a periodi di assicurazione compiuti in un altro paese.

(9) Vedi regolamento 574/72 art. 107.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 210 [ ] (1)

NOTIFICA DI DECISIONE RELATIVA AD UNA DOMANDA DI PENSIONE

di (5) ☐ vecchiaia ☐ invalidità ☐ superstite

(accoglimento o reiezione)

Reg. 574/72: art. 48

Ciascuna delle istituzioni in causa compila il formulario in duplice copia e le trasmette all'istituzione d'istruttoria, allegandovi due copie della decisione formale.

1 All'istituzione d'istruttoria

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (2): .....

.....

2 Riferimenti della pratica

2.1 presso l'istituzione d'istruttoria: .....

2.2 presso l'istituzione in causa: .....

3 Assicurato

3.1 Cognome	Nomi		Cognome da nubile
.....	.....		.....
3.2 Luogo di nascita	**Data di nascita**	**Sesso**	**Cittadinanza**
.....	.....	.....	.....

3.3 Indirizzo (2): .....

.....

3.4 Numero di matricola: .....

4 Avente diritto (3)

4.1 Cognome	Nomi		Cognome da nubile
.....	.....		.....
4.2 Luogo di nascita	**Data di nascita**	**Sesso**	**Cittadinanza**
.....	.....	.....	.....

4.3 Rapporto di parentela con l'assicurato deceduto: .....

4.4 Indirizzo (2): .....

.....

5 La domanda è respinta (4)

Motivazione: .....

.....

.....

.....

6 È accordata una pensione (4)

6.1 Importo annuo: .....

6.2 Eventuale detrazione da operare in base alle disposizioni che vietano il cumulo di prestazioni (art. 12 del Reg. 1408/71 e art. 7 Reg. 574/72): .....

Motivazione: .....

.....

.....

6.3 Importo dovuto: .....

6.4 Data di decorrenza: .....

7 Mezzi e termini di ricorso: vedi E 212 allegato

8 Istituzione in causa

8.1 Denominazione: .....

8.2 Indirizzo (2): .....

.....

8.3 Timbro

8.4 Data: .....

8.5 Firma

.....

E 210

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Sigla del paese cui appartiene l'istituzione in causa: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Codice postale, località, via, numero, paese.

(3) Da compilare solo se si tratta di una domanda di pensione ai superstiti.

(4) Compilare il quadro 5 o 6 secondo il caso.

(5) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione riferentesi al caso che interessa.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 211 ☐ (1)

RIEPILOGO DELLE DECISIONI

Reg. 574/72: art. 48

L'istituzione d'istruttoria compila il formulario e ne comunica un esemplare al richiedente nella sua lingua, allegando copia di ciascuna delle decisioni relative alla concessione o al rigetto (E 210) nonché una nota relativa ai mezzi e termini di ricorso (E 212) ed una copia delle decisioni formali. L'istituzione d'istruttoria trasmette una copia dell'E 211 a ciascuna delle istituzioni in causa, allegandovi copia delle altre decisioni (E 210).

1 Richiedente

1.1	Cognome	Nomi		Cognome da nubile
	.....	.....		.....
1.2	Luogo di nascita	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza
	.....	.....	.....	.....
1.3	Indirizzo (2):			
	.....			

2 La domanda di pensione di

2.1 (3) ☐ vecchiaia ☐ invalidità ☐ superstiti

2.2 è stata esaminata dalle seguenti istituzioni:

3 Istituzione in causa

	Paese	Istituzione	Riferimento della pratica
3.1	.....	.....	.....
3.2	.....	.....	.....
3.3	.....	.....	.....
3.4	.....	.....	.....
3.5	.....	.....	.....

4 Tali istituzioni hanno deciso quanto segue (vedi formulari E 210 allegati):

5 La domanda è respinta

5.1 per quanto riguarda (4): .....

Motivazione: .....

.....

.....

.....

5.2 per quanto riguarda (4): .....

Motivazione: .....

.....

.....

.....

6 Viene accordata una pensione

	per quanto riguarda	Importo annuo nella valuta del paese debitore (5) (6)	Data di decorrenza
6.1	.....	.....	.....
6.2	.....	.....	.....
6.3	.....	.....	.....
6.4	.....	.....	.....
6.5	.....	.....	.....

7 Qualora l'interessato ritenga opportuno ricorrere contro le decisioni adottate a suo riguardo da una o più istituzioni, dispone dei mezzi e termini di ricorso indicati nel formulario E 212.

8 Istituzione d'istruttoria

8.1 Denominazione: .....

8.2 Indirizzo (2): .....

.....

8.3 Timbro:

8.4 Data: .....

8.5 Firma

.....

E 211

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Sigla del paese cui appartiene l'istituzione d'istruttoria: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Codice postale, località, via, numero, paese.

(3) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione riferentesi al caso che interessa.

(4) Indicare il paese ed, eventualmente, il regime in causa.

(5) In caso di rivalutazione delle pensioni in virtù della legislazione nazionale, l'importo sopraindicato è modificato senza che sia notificato il nuovo importo.

(6) Da questo importo si possono eventualmente detrarre le imposte ed i contributi a carico del pensionato.

COMUNITÀ EUROPEE

Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 212 [ ] (1)

MEZZI E TERMINI DI RICORSO

Reg. 574/72: art. 48

A — Se l'interessato non è d'accordo con la o le decisioni adottate, può presentare ricorso. A tale scopo, **per ogni decisione contestata,** si dovrà:

1. Indicare chiaramente per iscritto i motivi del ricorso.

2. Indicare i riferimenti della notifica relativa alla decisione contestata. Unire copia di tale decisione (2).

3. Firmare il ricorso. Se l'interessato non può firmare, apporrà una croce e farà firmare il ricorso da due persone maggiorenni che indicheranno chiaramente il loro cognome, nome e indirizzo (3).

B — 1. Un ricorso contro una decisione **belga** deve, entro un mese dalla data si ricezione della notifica, essere inviato con lettera raccomandata oppure deve essere presentato alla cancelleria del tribunale del lavoro della circoscrizione giudiziaria dove risiede l'interessato (tribunale del lavoro di

.....)

oppure della circoscrizione giudiziaria dell'ultimo domicilio o dell'ultima residenza in Belgio, se l'interessato risiede all'estero.

2. Un ricorso contro una decisione **tedesca** deve essere inviato in duplice esemplare, entro 3 mesi dalla data di ricezione della notifica,

   — all'organismo indicato nella notifica tedesca,

   — oppure al Sozialgericht (tribunale competente per gli affari sociali) di .....

     a .....

   — oppure al consolato della Repubblica federale di Germania a

.....

3. Un ricorso contro una decisione **francese** deve essere trasmesso al Presidente della Commission de recours gracieux de la caisse de sécurité sociale (Commissione dei ricorsi amministrativi della Cassa di sicurezza sociale) indicata nella notifica francese, entro due mesi dalla data di ricezione della notifica.

4. Un ricorso contro una decisione **italiana** adottata dall'INPS va indirizzato: al Comitato Provinciale presso la Sede Provinciale dell'INPS di

.....

entro e non oltre il termine di 90 giorni dalla data di ricezione della nota ricapitolativa delle decisioni (Form. E 211).
Qualora siano trascorsi 90 giorni senza che il ricorso in 1ª istanza sia stato deciso, il ricorso si intende respinto e, pertanto, è ammessa la possibilità di ricorrere in 2ª istanza — entro il termine di altri 90 giorni a decorrere dalla scadenza del periodo entro il quale il primo ricorso doveva essere deciso dal Comitato — a

.....

.....

Le modalità di ricorso sopraindicate si riferiscono alle domande di pensione definite dall'INPS nell'assicurazione generale obbligatoria per l'invalidità, la vecchiaia ed i superstiti.

Per i ricorsi contro provvedimenti emanati nei confronti dei regimi speciali gestiti dall'INPS o da altri Istituti valgono diverse modalità che saranno indicate all'interessato a parte.

5. Un ricorso contro una decisione **lussemburghese** deve essere indirizzato, in duplice copia, al Conseil arbitral des Assurances sociales (Consiglio arbitrale delle Assicurazione sociali) a Lussemburgo, entro 40 giorni dalla data di ricezione della notifica.

6. Un ricorso contro una decisione **olandese** deve essere indirizzato in duplice copia al Raad van Beroep (Consiglio dei ricorsi) di

.....

entro un mese dalla data alla quale si può supporre che l'interessato abbia preso conoscenza della notifica.

N. B.

Tali termini decorrono dalla data di ricezione della notifica. Si segnala tuttavia che, in virtù dell'articolo 86 del regolamento 1408/71, i ricorsi presentati entro i termini previsti dalla legislazione di uno Stato membro sono ricevibili se sono presentati entro gli stessi termini presso l'autorità corrispondente di un altro Stato membro.

E 212

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Sigla del paese cui appartiene l'istituzione d'istruttoria: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Salvo per quanto riguarda la Germania e il Belgio.

(3) Codice postale, località, via, numero, paese.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 213 ☐ (1)

PERIZIA MEDICA DETTAGLIATA

Reg. 1408/71: art. da 39 a 41; art. 87

Se il presente formulario è destinato ad una istituzione tedesca o olandese oppure se è compilato da un medico tedesco o olandese oppure se lo richiede un'istituzione di un altro Stato membro, dovrà essere completato mediante un formulario E 214 «valutazione medica delle capacità e limiti funzionali».

1 Istituzione cui è destinato il rapporto

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (2): .....

.....

2 Persona esaminata

2.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

2.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

2.3 Indirizzo (2): .....

.....

2.4 Ultima attività esercitata: .....

2.5 (3) ☐ Numero di matricola ..... ☐ Numero della pensione: .....

2.6 Numero della pratica: .....

2.7 Data di presentazione della domanda di pensione: .....

2.8 Data di presentazione della domanda di revisione per aggravamento: .....

3 Referto del medico

3.1 Cognome: ..... Nomi: .....

3.2 Indirizzo (2): .....

.....

3.3 Medico di controllo di .....

PARTE I — QUESTIONARIO COMUNE A TUTTE LE SITUAZIONI

A. Anamnesi

1. Antecedenti personali e familiari:

.....

.....

.....

.....

2. Affezioni attuali (disturbi lamentati dall'interessato, inizio dell'affezione, evoluzione, terapia applicata fino ad oggi):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

B. Esame obiettivo

1. Stato generale

Statura: ..... Peso: .....

Aspetto generale (senile, calmo, agitato, ecc.): .....

Costituzione (forte, media, debole): .....

Portamento: ..... Andatura: .....

Movimenti: .....

Muscolatura: .....

Colore delle mucose: .....

Stato di nutrizione: .....

Colorito (pallido, cianotico): .....

Stato della bocca e dei denti: .....

.....

2. Organi dei sensi

Udito: .....

Vista: .....

Olfatto: .....

3. Apparato respiratorio

(Vie respiratorie superiori, polmoni, perimetro toracico, aspetto del torace, esame macroscopico e microscopico dell'espettorato, ricerca del B.K., esame radiologico, ecc.):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Referto dell'esame radiografico, con indicazione della data (eventualmente, allegare un formulario E 214) (4):

.....

.....

.....

.....

.....

Altre indicazioni: .....

.....

Apparato circolatorio

Cuore, aorta, vasi (volume del cuore, auscultazione, polso, pressione arteriosa, dispnea, edemi, stato dei vasi periferici, varici, constatazioni radiologiche, ecc.):

.....

.....

.....

Prova della funzione cardiocircolatoria	Pressione sanguigna (R.R)	Respirazione al minuto	Polso al minuto	Altre osservazioni dopo sforzo
— dopo riposo prolungato — dopo ..... flessioni delle gambe in ..... secondi — immediatamente — dopo 2 minuti — dopo 4 minuti — dopo 6 minuti				— Dispnea? (3) ☐ Sì ☐ No In caso affermativo, quanto tempo? ..... — Cianosi labiale? (3) ☐ Sì ☐ No — Estrasistole? (3) ☐ Sì ☐ No
— Altre perturbazioni del ritmo dopo sforzo? .... — Osservazioni particolari:				— In caso di estrasistole a riposo, diventano più frequenti? (3) ☐ Sì ☐ No più rare? (3) ☐ Sì ☐ No spariscono del tutto? (3) ☐ Sì ☐ No

Referto dell'esame elettrocardiografico, con indicazione della data:

.....

.....

Referto dell'esame oscillografico, con indicazione della data:

.....

.....

5. Apparato digestivo

(Parete addominale, ernie, palpazione dell'addome, cicatrici da interventi chirurgici, fegato, milza, gangli ecc.):

.....

.....

.....

Referto degli esami radiografici, con indicazione della data:

.....

.....

.....

6. Apparato locomotore

(Ossa, muscoli, esame della conformazione e mobilità delle articolazioni e della colonna vertebrale, segno di Lasègue, misurazioni comparate, indicazione in gradi dell'eventuale riduzione dei movimenti articolari):

.....

.....

.....

.....

7. Apparato genito-urinario

.....

Risultato degli esami delle urine e di altri eventuali esami (azotemia, pielografia, esame ginecologico, ecc.), con indicazione della data:

.....

.....

.....

8. Sistema nervoso e psiche

(Riflessi pupillari e periferici, paresi, paralisi, disturbi importanti della sensibilità, osservazioni sullo stato psichico):

.....

Referto diagramma elettrodiagnostico o di elettroencefalogramma:

.....

9. Altri apparati e sistemi:

.....

.....

10. Esame del sangue, con indicazione della data (tasso di emoglobina e di eritrociti, ecc.):

.....

.....

11. Altri risultati di esami, con indicazione della data (velocità di sedimentazione, reazione per la diagnosi della sifilide, ecc.):

.....

.....

.....

Altri esami specifici (3) ☐ sono necessari ☐ non sono necessari

In caso affermativo, quali? .....

Data della domanda di esami: .....

C. Diagnosi e interpretazione

1. Diagnosi, con motivazione e apprezzamento:

.....

.....

.....

.....

.....

2. Le condizioni dell'interessato (3) ☐ sono ☐ non sono stabilizzate:

.....

.....

3. Data dell'inizio dell'attuale inabilità al lavoro (7):

.....

4. Data dell'inizio dell'attuale invalidità (8):

.....

5. L'interessato (3) ☐ è idoneo ☐ non è idoneo ad esercitare un'attività diversa dall'ultimo lavoro

6. L'interessato (3) ☐ può ☐ non può essere riadattato

7. L'interessato (3) ☐ è ☐ non è nell'impossibilità assoluta di spostarsi

8. L'interessato (3) ☐ è ☐ non è ricoverato in ospedale

In caso affermativo, durata probabile della degenza: .....

Eventuale data di uscita: .....

9. Per compiere gli atti ordinari della vita :

(3) ☐ è necessario ☐ non è necessario l'aiuto di altra persona

10. L'invalidità è (3) ☐ temporanea ☐ definitiva

11. Data presumibile della cessazione dell'invalidità temporanea: .....

12. Dopo l'assegnazione della pensione lo stato della persona esaminata

(3) ☐ è migliorato ☐ è stazionario ☐ si è aggravato

Osservazioni:

.....

.....

.....

.....

.....

13. L'interessato (3) ☐ deve ☐ non deve essere nuovamente visitato

In caso affermativo, indicare la data: .....

PARTE II — QUESTIONARIO RISERVATO A DETERMINATE SITUAZIONI

1. Con riserva del parere dell'amministrazione competente e secondo il parere del medico che firma il presente formulario, l'indennizzo della ferita o della malattia di cui l'interessato è affetto

   ([3]) ☐ può ☐ non può

   essere considerato nell'ambito delle legislazioni in materia di infortuni sul lavoro e malattie professionali.

   Qualora l'interessato abbia in precedenza beneficiato della legislazione in materia di infortuni sul lavoro, malattie professionali, pensioni militari e pensioni di vittime civili della guerra:

   — natura della lesione o della malattia:

   .....

   .....

   .....

   — grado di invalidità proposto: .....

2. In caso di infortunio, quale è la data di consolidamento della lesione: .....

3. Terapia adeguata:

   .....

   .....

   .....

   .....

   L'interessato ([3]) ☐ accetta ☐ non accetta detta terapia

4. La continuazione delle cure mediche

   ([3]) ☐ può ☐ non può provocare un miglioramento dello stato di salute dell'interessato

   ([3]) ☐ può ☐ non può consentire la guarigione.

5. Grado d'invalidità per il lavoro in miniera (soltanto se si tratta di un minatore) ([5]):

   sul fondo: ..... in superficie: .....

   (all'occorrenza, allegare un formulario E 214).

   L'interessato ([3]) ☐ è ☐ non è nella necessità

   ([3]) ☐ di interrompere la sua attività nella miniera

   ([3]) ☐ di mutare la sua attività

   Osservazioni:

   .....

   .....

   .....

   .....

   .....

   .....

PARTE III — CONCLUSIONE

1 Data effettiva di cessazione del lavoro: .....

2 L'invalidità in rapporto all'attività svolta nell'ultimo periodo è

([2]) ☐ totale ☐ parziale

Ove sia par ziale, indicare il grado: .....

3 Grado di invalidità per qualsiasi altra attività, tenuto conto delle attitudini dell'interessato:

.....

4 Categoria d'invalidità ([6]): .....

5

5.1 Data: .....

5.2 Firma del medico: .....

6 Istituzione che ha effettuato l'esame medico

6.1 Denominazione: .....

6.2 Indirizzo ([2]): .....

.....

6.3 Timbro

6.4 Data: .....

5.5 Firma

.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 10 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila il formulario: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Codice postale, località, via, numero, paese.

(3) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione riferentesi al caso che interessa.

(4) Tali elementi sono indispensabili, quando la domanda di pensione per invalidità è basata interamente o parzialmente su di una affezione relativa a questo apparato respiratorio.

(5) Non riguarda i Paesi Bassi.

(6) Da compilare solamente quando si effettua l'esame medico ai fini della decisione in merito ad una domanda di pensione.

(7) Per le necessità delle istituzioni dei Paesi Bassi oppure, quando detta perizia è compilata da un'istituzione dei Paesi Bassi, si indichi il primo giorno dell'attuale periodo di assenza dovuto a motivi di malattia.

(8) Per le necessità delle istituzioni dei Paesi Bassi, si indichi l'inizio della concessione delle indennità d'invalidità.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 214 ☐ (1)

RAPPORTO MEDICO RELATIVO ALLA VALUTAZIONE DELLE CAPACITÀ E LIMITI FUNZIONALI

Reg. 1408/71: art. da 33 a 41; art. 87

Da allegare al formulario E 213 quando questo viene compilato dal medico di un'istituzione tedesca o olandese oppure destinato ad una istituzione tedesca o olandese, oppure se lo richiede un'istituzione di un altro Stato membro.

1 Persona esaminata

1.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

1.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

1.3 Indirizzo (2): .....

1.4 Ultima professione esercitata: .....

1.5 (3) ☐ Numero di matricola ☐ Numero di pensione

2 Rapporto compilato dal medico

Cognome: ..... Nomi: .....

Indirizzo (2): .....

Medico di controllo di: .....

3 In allegato, il formulario: (3) ☐ E 204 ☐ E 213

Domande		Risposte ([3])						Osservazioni
		sì	occasionalmente	spesso	a tempo pieno	a tempo parziale	no	
4	L'assicurato è in grado							
4.1	di esercitare lavori pesanti?	☐					☐	
4.2	di esercitare lavori semi pesanti	☐					☐	
4.3	di esercitare lavori leggeri?	☐					☐	
4.4	di lavorare, in massima parte, in piedi o in movimento?	☐			☐	☐	☐	..... ore al giorno
4.5	di lavorare, in massima parte, seduto?	☐			☐	☐	☐	..... ore al giorno
4.6	di lavorare, alternativamente, in piedi, seduto e in movimento?	☐			☐	☐	☐	..... ore al giorno
4.7	di lavorare curvo?	☐	☐	☐			☐	
4.8	di lavorare accovacciato?	☐	☐	☐			☐	
4.9	di lavorare in ginocchio?	☐	☐	☐			☐	
4.10	di lavorare sdraiato?	☐	☐	☐			☐	
4.11	di lavorare con le braccia alzate?	☐					☐	
4.12	di lavorare in un ambiente asciutto?	☐	☐	☐			☐	
4.13	di lavorare in un ambiente umido?	☐	☐	☐			☐	
4.14	di lavorare in un ambiente freddo?	☐	☐	☐			☐	
4.15	di lavorare in un ambiente caldo?	☐	☐	☐			☐	
4.16	di lavorare in un ambiente caldissimo?	☐	☐	☐			☐	
4.17	di lavorare nell'acqua?	☐	☐	☐			☐	
4.18	di essere sottoposto a bruschi cambiamenti di temperatura?	☐					☐	
4.19	di lavorare all'aria aperta?	☐					☐	
4.20	di lavorare in locali chiusi?	☐					☐	
4.21	di lavorare in spazi ristretti (condotti, spazi dove si deve entrare strisciando, ecc.)?	☐	☐	☐			☐	
4.22	di salire le scale?	☐	☐	☐			☐	
4.23	di usare scale a pioli?	☐	☐	☐			☐	
4.24	di salire sui tetti?	☐	☐	☐			☐	
	di sollevare e portare pesi occasionalmente o ripetutamente (caricare e scaricare, ecc.)?							
4.25	grandi pesi (+ di 25 kg)	☐	☐	☐			☐	
4.26	pesi medi (da 10 a 25 kg)	☐	☐	☐			☐	
4.27	pesi leggeri (da 5 a 10 kg)	☐	☐	☐			☐	
4.28	pesi molto leggeri (— di 5 kg)	☐	☐	☐			☐	

Domande	Risposte (3)						Osservazioni
	sì	occasionalmente	spesso	a tempo pieno	a tempo parziale	no	
4.29 L'assicurato deve usare una tecnica speciale per sollevare e portare pesi (ad esempio, la schiena diritta e piegare le ginocchia)?	☐					☐	
4.30 È allergico a determinate sostanze?	☐					☐	In caso affermativo precisare le sostanze e le precauzioni da adottare.
4.31 Ha bisogno di accessori speciali per lavorare (ad esempio sedia regolabile, polifunzionale ecc.)?	☐					☐	
4.32 Può servirsi dei trasporti pubblici?	☐					☐	In caso affermativo, precisare il motivo.
Che distanza approssimativa può percorrere							
4.33 a piedi?							..... km
4.34 in bicicletta?							..... km
4.35 in ciclomotore?							..... km
4.36 in automobile?							..... km
4.37 in carrozzella?							.....
4.38 in carrozzella a motore?							..... km
4.39 Può lavorare con altre persone?	☐					☐	
4.40 Può usare macchine o apparecchi che presentino un certo pericolo?	☐					☐	
4.41 Può occuparsi di lavori di direzione, sorveglianza o organizzazione come se si trattasse della propria azienda?	☐					☐	
4.42 Si deve tener conto di talune particolarità psicologiche per determinate attività?	☐					☐	In caso affermativo, precisare quali e per qual attività.
4.43 Vi sono riserve per il ritmo di lavoro?	☐					☐	In caso affermativo, precisare il motivo.
4.44 In considerazione delle risposte alle domande sopraindicate e nell'ipotesi di adeguate condizioni di lavoro, si debbono prevedere assenze prolungate o frequenti causate da deficienze fisiche o mentali?	☐					☐	

5

Data: ..... Firma del medico: .....

6 Istituzione che ha effettuato l'esame medico

6.1 Denominazione: .....

6.2 Indirizzo ([2]): .....

.....

6.3 Timbro

6.4 Data: .....

6.5 Firma

.....

E 214

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 5 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila il formulario: B =Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Codice postale, località, via, numero, paese.

(3) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione riferentesi al caso che interessa.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 301 ☐ (1)

ATTESTATO RELATIVO AI PERIODI DA PRENDERE IN CONSIDERAZIONE PER LA CONCESSIONE DELLE PRESTAZIONI DI DISOCCUPAZIONE

Reg. 1408/71: art. 67; art. 68; art. 71.1.a.ii e art. 71.1.b.ii
Reg. 574/72: art. 80; art. 81; art. 84.2

Da rilasciare dall'istituzione competente per l'assicurazione contro la disoccupazione o dall'istituzione designata dall'autorità competente dello Stato membro in cui l'interessato è stato assicurato in precedenza.

1 Lavoratore

1.1	Cognome	Nomi	Cognome da nubile
	.....	.....	.....
1.2	Data di nascita	Luogo di nascita	Cittadinanza
	.....	.....	.....

2 L'interessato sopraccitato ha compiuto, nel corso

2.1 (3) ☐ dell'anno (2) ☐ degli ultimi due anni (2) ☐ degli ultimi tre anni (2)
che precede/precedono la data di cessazione dell'ultima occupazione

3 **i seguenti periodi di assicurazione e periodi equivalenti** (4):

3.1 Periodi di assicurazione (5)

dal	al

3.2 Periodi equivalenti (6)

dal	al	Motivo dell'equivalenza (7)

4 **I seguenti periodi di occupazione e periodi equivalenti** (4):

4.1 Periodi di occupazione (5) (8)

dal	al	Attività esercitata (9)

4.2 Periodi equivalenti ([6]) ([8])

dal	al	Motivo dell'equivalenza ([7])

5 **I seguenti periodi di assicurazione e periodi di occupazione** ([10]):

dal	al

5.1 **I seguenti periodi, equivalenti e periodi di assicurazione o di occupazione** ([11]):

dal	al	Motivo dell'equivalenza ([7])

6 **I seguenti periodi di assicurazione e periodi equivalenti** ([8]):

6.1 ([3]) ☐ meno di 52 settimane, ossia

dal	al

6.2 ([3]) ☐ 52 settimane o più. Ultimo giorno di occupazione: .....

7 **Dati relativi all'ultima occupazione:**

Settore di attività	Attività esercitata (ad. es: « muratore » non « lavoratore edile »)	Importo medio della retribuzione settimanale (approssimativa)

7.1 Motivo della cessazione ([12]):

.....

8 L'interessato([13]):

8.1 ([3]) ☐ ha percepito o ha diritto a retribuzione oltre la data di cessazione dell'occupazione, cioè fino al

.....

8.2 ([3]) ☐ in occasione della cessazione dell'occupazione ha percepito o ha diritto ad una indennità od altro importo pari a .....

8.3 ([3]) ☐ ha percepito ha diritto ad un'indennità sostitutiva delle ferie pari a

..... per ..... giorni ([14])

8.4 ([3]) ☐ ha rinunciato ai seguenti diritti derivanti dal contratto di lavoro ([15]):

.....

Motivo: .....

9 L'interessato ha percepito dall'inizio del primo periodo summenzionato le prestazioni di disoccupazione ([16]):

dal	al

10 L'interessato non ha diritto a prestazioni ai sensi dell'articolo 69 del reg. 1408/71

10.1 ([3]) ☐ perché non ha diritto a norma della legislazione applicata dall'istituzione che rilascia il presente formulario

10.2 ([3]) ☐ perché non è rimasto a disposizione degli uffici di collocamento dello Stato competente per almeno 4 settimane dall'inizio del periodo di disoccupazione, né è stato autorizzato a partire prima che fossero scadute le 4 settimane.

11 L'interessato non ha inoltre diritto a prestazioni a norma dell'art. 71.1.a.i oppure b.i del reg. 1408/71 da parte dell'istituzione che rilascia il presente formulario.

12 Istituzione che rilascia il formulario

12.1 Denominazione: .....

12.2 Indirizzo ([17]): .....

.....

12.3 Timbro

12.4 Data: .....

12.5 Firma

.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 4 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato: B = Belgio; D = Germania, F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Nei formulari destinati ad un'istituzione con sede in Francia, nel Lussemburgo o nei Paesi Bassi, basta 1 anno, in quelli destinati ad un'istituzione in Italia bastano 2 anni, in quelli destinati ad una istituzione in Germania o in Belgio bastano 3 anni.

(3) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione riferentesi al caso che interessa.

(4) Ove non si disponga della suddivisione dei dati richiesti ai punti 3.1 e 3.2, 4.1 e 4.2, si indichi il totale al punto 3.1 o al 4.1, secondo il caso.

(5) Da compilare se l'attestato è destinato ad una istituzione belga, tedesca, francese o olandese.

(6) Da compilare soltanto se l'attestato è destinato ad una istituzione belga, tedesca o olandese.

(7) Ad esempio: malattia, maternità, infortunio sul lavoro, servizio militare, formazione professionale, disoccupazione accertata.

(8) Da compilare se l'attestato è destinato ad una istituzione italiana.

(9) Da compilare se l'attestato è destinato ad una istituzione francese o italiana.

(10) Da compilare se l'attestato è destinato ad una istituzione lussemburghese.

(11) Da compilare se l'attestato è destinato ad una istituzione francese o lussemburghese.

(12) Ad esempio: fine del contratto di lavoro, dimissioni, licenziamento, licenziamento senza preavviso in seguito a .....

(13) L'indicazione non è necessaria se il formulario è destinato ad un'istituzione con sede nel Lussemburgo.

(14) Da compilare se l'attestato è destinato ad una istituzione francese, belga, italiana o olandese.

(15) Da compilare se l'attestato è destinato ad una istituzione belga, italiana o olandese.

(16) Da compilare se l'attestato è destinato ad una istituzione francese, tedesca o italiana. Se l'attesto è destinato ad una istituzione italiana, occorre indicare tutti i periodi per i quali l'assicurato ha beneficiato di prestazioni di disoccupazione nel corso dell'anno che ha preceduto il rilascio dell'attestato.

(17) Codice postale, località, via, numero, paese.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 302 [ ] (1)

ATTESTATO RELATIVO AI FAMILIARI DA PRENDERE IN CONSIDERAZIONE PER IL CALCOLO DELLE PRESTAZIONI DI DISOCCUPAZIONE

Reg. 1408/71: art. 68.2
Reg. 574/72: art. 82

Da compilare dall'organismo corrispondente designato dall'autorità competente del luogo di residenza dei familiari.

1 Disoccupato

1.1	Cognome	Nomi	Cognome da nubile
	.....	.....	.....
1.2	Data di nascita	Luogo di nascita	Cittadinanza
	.....	.....	.....

2 Familiari

nn. d'ordine	Cognome	Nomi	Data di nascita	Rapporto di parentela	Luogo di residenza
1	.....	.....	.....	.....	.....
2	.....	.....	.....	.....	.....
3	.....	.....	.....	.....	.....
4	.....	.....	.....	.....	.....
5	.....	.....	.....	.....	.....
6	.....	.....	.....	.....	.....
7	.....	.....	.....	.....	.....
8	.....	.....	.....	.....	.....

3 Eventuale reddito dei familiari (natura ed importo mensile, ivi comprese le prestazioni sociali) (3)

nn. d'ordine (2)	Familiari	Natura	Importo
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....

4 I familiari di cui ai nn. d'ordine

..... erano a carico del disoccupato all'inizio della disoccupazione ([4]).

4.1 Il familiare, di cui ai nn. d'ordine

..... non può, per minorazione fisica o psichica, provvedere al suo mantenimento con il proprio lavoro ([4]).

4.2 Le maggiorazioni per i familiari a carico di cui ai nn. d'ordine

.....

sono state corrisposte ad un'altra persona unitamente alle prestazioni di disoccupazione per il periodo

dal ..... al .....

4.3 Indicazioni interessanti solamente le istituzioni tedesche:

Il disoccupato ed il coniuge, eccezion fatta per il periodo di occupazione nella Repubblica federale di Germania,

([5]) ☐ convivono ☐ non convivono

4.4 Il presente attestato è valido per i 12 mesi successivi alla data del rilascio.

5 Istituzione che rilascia l'attestato

5.1 Denominazione: .....

5.2 Indirizzo ([6]): .....

.....

5.3 Timbro

5.4 Data: .....

5.5 Firma

.....

E 302

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) In tal caso, ripetere i nn. d'ordine indicati al riquadro 2.

(3) Indicazione non necessaria se il formulario è destinato ad un'istituzione tedesca.

(4) Da compilare soltanto se il formulario è destinato ad un'istituzione belga o francese.

(5) Riportare una X nel riquadro che precede l'indicazione che interessa.

(6) Codice postale, località, via, numero, paese.

COMUNITÀ EUROPEE

Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a tergo

E 303/0 ☐ (1)

ATTESTATO RELATIVO ALLA CONSERVAZIONE DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI DI DISOCCUPAZIONE

Reg. 1408/71: art. 69
Reg. 574/72: art. 26.2; art. 83.1,2 e 3; art. 97

1 Lavoratore

1.1	Cognome	Nomi	Cognome da nubile .....
1.2	Data di nascita	Luogo di nascita	Cittadinanza .....

2 Il disoccupato ha diritto alle prestazioni di disoccupazione qualora si trovi nelle condizioni previste dall'art. 69 del Reg. 1408/71.

3 Il disoccupato può beneficiare delle prestazioni dal ..... purché si sia iscritto come persona in cerca di occupazione entro il ..... agli uffici di collocamento (2) dello Stato in cui cerca lavoro.

4 Il disoccupato ha diritto alle prestazioni per un periodo di ..... giorni e, in ogni caso, non oltre il .....

4.1 Le prestazioni sono concesse per tutti i giorni della settimana, salvo
(3) ☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì ☐ giovedì ☐ venerdì ☐ sabato ☐ domenica.

4.2 Importo giornaliero della prestazione:
..... netto, di cui maggiorazione familiare: ..... netto
o dal .....:
..... netto, di cui maggiorazione familiare: ..... netto.

5 L'erogazione delle prestazioni deve essere sospesa al verificarsi delle seguenti circostanze (art. 83.1 ed art. 83.3 del Reg. 574/72):

5.1 — quando il disoccupato accetti una occupazione non occasionale (4) o inizi un'attività indipendente;

5.2 — quando il disoccupato benefici di un guadagno occasionale derivante da una occupazione non contemplata al punto precedente (in tal caso, la prestazione viene sospesa per il numero di giornate lavorative che danno diritto al guadagno suindicato);

5.3 — quando il disoccupato rifiuti un'offerta di lavoro o non aderisca ad una convocazione dell'ufficio di collocamento;

5.4 — quando il disoccupato rifiuti di sottoporsi a misure di riqualificazione professionale o si astenga dal parteciparvi;

5.5 — quando il disoccupato non si sottoponga o non si sottoponga più al controllo;

5.6 — quando il disoccupato sia permanentemente inabile al lavoro (5);

5.7 — quando il disoccupato sia temporaneamente inabile al lavoro (in tal caso, le prestazioni vengono sospese fintantoché il disoccupato non si iscriva nuovamente);

5.8 — quando il disoccupato non sia o non sia più a disposizione dell'ufficio di collocamento;

5.9 — quando diminuisca il numero dei familiari che danno diritto alle maggiorazioni familiari o qualcuno di essi benefici di redditi di cui al formulario E 302. In tal caso, le prestazioni devono essere erogate, previa deduzione delle maggiorazioni familiari.

6 Istituzione che rilascia il formulario

6.1 Denominazione: .....

6.2 Indirizzo (6): .....

.....

6.3 Timbro

6.4 Data: .....

6.5 Firma

.....

AVVERTENZE

L'istituzione competente dell'ultimo paese di occupazione compila la serie dei formulari E 303/0, E 303/1, E 303/2, E 303/3, E 303/4 per la parte che l'interessa; l'istituzione stessa conserva per sé l'E 303/0 e consegna il resto della serie, compreso l'E 303/5, al disccupato; oppure, se del caso, trasmette i suddetti formulari all'istituzione competente per la disoccupazione del luogo in cui il disoccupato è in cerca di lavoro.

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello.

NOTE

(1) Sigla del paese cui appartiene l'istituzione che compila il formulario: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) In Italia e nei Paesi Bassi è necessaria un ulteriore iscrizione (domanda di prestazioni) presso l'istituzione per l'assicurazione contro la disoccupazione tramite l'ufficio di collocamento.

(3) Contrassegnare con una X il riquadro che precede l'indicazione che interessa.

(4) A norma della legislazione italiana un'occupazione è considerata non occasionale, quando supera i cinque giorni; a norma delle legislazioni olandese e belga, quando dura almeno un'intera giornata lavorativa.

(5) Oppure quando il disoccupato benefici di una rendita o pensione di vecchiaia o invalidità, se l'attestato è rilasciato da una istituzione tedesca o lussemburghese.

(6) Codice postale, località, via, numero, paese.

COMUNITÀ EUROPEE

Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a tergo

E 303/1 ☐ (1)

ATTESTATO RELATIVO ALLA CONSERVAZIONE DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI DI DISOCCUPAZIONE

Reg. 1408/71: art. 69
Reg. 574/72: art. 26.2; art. 83.1,2 e 3; art. 97

Il presente formulario serve di base per l'erogazione delle prestazioni di disoccupazione da parte dell'istituzione del luogo in cui il disoccupato cerca un'occupazione (Reg. 574/72, art. 83.1).

1 Lavoratore

1.1	Cognome	Nomi	Cognome da nubile .....
1.2	Data di nascita	Luogo di nascita	Cittadinanza .....

2 Il disoccupato ha diritto alle prestazioni di disoccupazione qualora si trovi nelle condizioni previste dall'art. 69 del Reg. 1408/71.

3 Il disoccupato può beneficiare delle prestazioni dal ..... purché si sia iscritto come persona in cerca di occupazione entro il ..... agli uffici di collocamento (2) dello Stato in cui cerca lavoro.

4 Il disoccupato ha diritto alle prestazioni per un periodo di ..... giorni e, in ogni caso, non oltre il .....

4.1 Le prestazioni sono concesse per tutti i giorni della settimana, salvo (3) ☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì ☐ giovedì ☐ venerdì ☐ sabato ☐ domenica.

4.2 Importo giornaliero della prestazione:
..... netto, di cui maggiorazione familiare: ..... netto
o dal .....:
..... netto, di cui maggiorazione familiare: ..... netto.

5 L'erogazione delle prestazioni deve essere sospesa al verificarsi delle seguenti circostanze (art. 83.1 ed art. 83.3 del Reg. 574/72):

5.1 — quando il disoccupato accetti una occupazione non occasionale (4) o inizi un'attività indipendente;

5.2 — quando il disoccupato benefici di un guadagno occasionale derivante da una occupazione non contemplata al punto precedente (in tal caso, la prestazione viene sospesa per il numero di giornate lavorative che danno diritto al guadagno suindicato);

5.3 — quando il disoccupato rifiuti un'offerta di lavoro o non aderisca ad una convocazione dell'ufficio di collocamento;

5.4 — quando il disoccupato rifiuti di sottoporsi a misure di riqualificazione professionale o si astenga dal parteciparvi;

5.5 — quando il disoccupato non si sottoponga o non si sottoponga più al controllo;

5.6 — quando il disoccupato sia permanentemente inabile al lavoro (5);

5.7 — quando il disoccupato sia temporaneamente inabile al lavoro (in tal caso, le prestazioni vengono sospese fintantoché il disoccupato non si iscriva nuovamente);

5.8 — quando il disoccupato non sia o non sia più a disposizione dell'ufficio di collocamento;

5.9 — quando diminuisca il numero dei familiari che danno diritto alle maggiorazioni familiari o qualcuno di essi benefici di redditi di cui al formulario E 302. In tal caso, le prestazioni devono essere erogate, previa deduzione delle maggiorazioni familiari.

6 Istituzione che rilascia il formulario

6.1 Denominazione: .....

6.2 Indirizzo (6): .....
.....

6.3 Timbro

6.4 Data: .....

6.5 Firma
.....

AVVERTENZE

L'istituzione competente dell'ultimo paese di occupazione compila la serie dei formulari E 303/0, E 303/1, E 303/2, E 303/3, E 303/4 per la parte che l'interessa; l'istituzione stessa conserva per sé l'E 303/0 e consegna il resto della serie, compreso l'E 303/5, al disoccupato; oppure, se del caso, trasmette i suddetti formulari all'istituzione competente per la disoccupazione del luogo in cui il disoccupato è in cerca di lavoro.

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello.

NOTE

(1) Sigla del paese cui appartiene l'istituzione che compila il formulario: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) In Italia e nei Paesi Bassi è necessaria un ulteriore iscrizione (domanda di prestazioni) presso l'istituzione per l'assicurazione contro la disoccupazione tramite l'ufficio di collocamento.

(3) Contrassegnare con una X il riquadro che precede l'indicazione che interessa.

(4) A norma della legislazione italiana un'occupazione è considerata non occasionale, quando supera i cinque giorni; a norma delle legislazioni olandese e belga, quando dura almeno un'intera giornata lavorativa.

(5) Oppure quando il disoccupato benefici di una rendita o pensione di vecchiaia o onvalidità, se l'attestato è rilasciato du una istituzione tedesca o lussemburghese.

(6) Codice postale, licalità, via, numero, paese.

COMUNITÀ EUROPEE

Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a tergo

E 303/2 ☐ (1)

ATTESTATO RELATIVO ALLA CONSERVAZIONE DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI DI DISOCCUPAZIONE

Reg. 1408/71: art. 69
Reg. 574/72: art. 26.2; art. 83.1,2 e 3; art. 97

Da inviare all'istituzione competente, per comunicarle l'avvenuta iscrizione del disoccupato e l'inizio dell'erogazione delle prestazioni (Reg. 574/72: art. 83.3).

1 Lavoratore

1.1	Cognome	Nomi	Cognome da nubile .....
1.2	Data di nascita	Luogo di nascita	Cittadinanza .....

2 Il disoccupato ha diritto alle prestazioni di disoccupazione qualora si trovi nelle condizioni previste dall'art. 69 del Reg. 1408/71.

3 Il disoccupato può beneficiare delle prestazioni dal ..... purché si sia iscritto come persona in cerca di occupazione entro il ..... agli uffici di collocamento (2) dello Stato in cui cerca lavoro.

4 Il disoccupato ha diritto alle prestazioni per un periodo di ..... giorni e, in ogni caso, non oltre il .....

4.1 Le prestazioni sono concesse per tutti i giorni della settimana, salvo (3) ☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì ☐ giovedì ☐ venerdì ☐ sabato ☐ domenica.

4.2 Importo giornaliero della prestazione:
..... netto, di cui maggiorazione familiare: ..... netto
o dal .....:
..... netto, di cui maggiorazione familiare: ..... netto.

5 L'erogazione delle prestazioni deve essere sospesa al verificarsi delle seguenti circostanze (art. 83.1 ed art. 83.3 del Reg. 574/72):

5.1 — quando il disoccupato accetti una occupazione non occasionale (4) o inizi un'attività indipendente;

5.2 — quando il disoccupato benefici di un guadagno occasionale derivante da una occupazione non contemplata al punto precedente (in tal caso, la prestazione viene sospesa per il numero di giornate lavorative che danno diritto al guadagno suindicato);

5.3 — quando il disoccupato rifiuti un'offerta di lavoro o non aderisca ad una convocazione dell'ufficio di collocamento;

5.4 — quando il disoccupato rifiuti di sottoporsi a misure di riqualificazione professionale o si astenga dal parteciparvi;

5.5 — quando il disoccupato non si sottoponga o non si sottoponga più al controllo;

5.6 — quando il disoccupato sia permanentemente inabile al lavoro (5);

5.7 — quando il disoccupato sia temporaneamente inabile al lavoro (in tal caso, le prestazioni vengono sospese fintantoché il disoccupato non si iscriva nuovamente);

5.8 — quando il disoccupato non sia o non sia più a disposizione dell'ufficio di collocamento;

5.9 — quando diminuisca il numero dei familiari che danno diritto alle maggiorazioni familiari o qualcuno di essi benefici di redditi di cui al formulario E 302. In tal caso, le prestazioni devono essere erogate, previa deduzione delle maggiorazioni familiari.

6 Istituzione che rilascia il formulario

6.1 Denominazione: .....
6.2 Indirizzo (6): .....
.....

Da compilare dall'istituzione del paese in cui il disoccupato cerca un'occupazione

7 Certifichiamo

7.1 che la persona summenzionata si è iscritta come disoccupato in cerca di occupazione il .....

7.2 e beneficia delle prestazioni di disoccupazione dal .....

8 Istituzione del paese in cui il disoccupato cerca un'occupazione

8.1 Denominazione: .....
8.2 Indirizzo (6): .....
.....
8.3 Timbro

8.4 Data: .....
8.5 Firma .....

AVVERTENZE

L'istituzione competente dell'ultimo paese di occupazione compila la serie dei formulari E 303/0, E 303/1, E 303/2, E 303/3, E 303/4 per la parte che l'interessa; l'istituzione stessa conserva per sé l'E 303/0 e consegna il resto della serie, compreso l'E 303/5, al disoccupato; oppure, se del caso, trasmette i suddetti formulari all'istituzione competente per la disoccupazione del luogo in cui il disoccupato è in cerca di lavoro.

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello.

NOTE

(1) Sigla del paese cui appartiene l'istituzione che compila il formulario: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) In Italia e nei Paesi Bassi è necessaria un'ulteriore iscrizione (domanda di prestazioni) presso l'istituzione per l'assicurazione contro la disoccupazione tramite l'ufficio di collocamento.

(3) Contrassegnare con una X il riquadro che precede l'indicazione che interessa.

(4) A norma della legislazione italiana un'occupazione è considerata non occasionale, quando supera i cinque giorni; a norma delle legislazioni olandese e belga, quando dura almeno un'intera giornata lavorativa.

(5) Oppure quando il disoccupato benefici di una rendita o pensione di vecchiaia o invalidità, se l'attestato è rilasciato da una istituzione tedesca o lussemburghese.

(6) Codice postale, località, via, numero, paese.

COMUNITÀ EUROPEE

Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a tergo

E 303/3 ☐ (1)

ATTESTATO RELATIVO ALLA CONSERVAZIONE DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI DI DISOCCUPAZIONE

Reg. 1408/71: art. 69
Reg. 574/72: art. 26.2; art. 83.1,2 e 3; art. 97

Il presente formulario è destinato all'istituzione di assicurazione malattia del luogo in cui il disoccupato cerca un'occupazione (Reg. 574/72: art. 26.2).

1 Lavoratore

1.1	Cognome	Nomi	Cognome da nubile .....
1.2	Data di nascita	Luogo di nascita	Cittadinanza .....

2 Il disoccupato ha diritto alle prestazioni di disoccupazione qualora si trovi nelle condizioni previste dall'art. 69 del Reg. 1408/71.

3 Il disoccupato può beneficiare delle prestazioni dal ..... purché si sia iscritto come persona in cerca di occupazione entro il ..... agli uffici di collocamento (2) dello Stato in cui cerca lavoro.

4 Il disoccupato ha diritto alle prestazioni per un periodo di ..... giorni e, in ogni caso, non oltre il .....

4.1 Le prestazioni sono concesse per tutti i giorni della settimana, salvo (3) ☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì ☐ giovedì ☐ venerdì ☐ sabato ☐ domenica.

4.2 Importo giornaliero della prestazione:
..... netto, di cui maggiorazione familiare: ..... netto
o dal .....:
..... netto, di cui maggiorazione familiare: ..... netto.

5 L'erogazione delle prestazioni deve essere sospesa al verificarsi delle seguenti circostanze (art. 83.1 ed art. 83.3 del Reg. 574/72):

5.1 — quando il disoccupato accetti una occupazione non occasionale (4) o inizi un'attività indipendente;

5.2 — quando il disoccupato benefici di un guadagno occasionale derivante da una occupazione non contemplata al punto precedente (in tal caso, la prestazione viene sospesa per il numero di giornate lavorative che danno diritto al guadagno suindicato);

5.3 — quando il disoccupato rifiuti un'offerta di lavoro o non aderisca ad una convocazione dell'ufficio di collocamento;

5.4 — quando il disoccupato rifiuti di sottoporsi a misure di riqualificazione professionale o si astenga dal parteciparvi;

5.5 — quando il disoccupato non si sottoponga o non si sottoponga più al controllo;

5.6 — quando il disoccupato sia permanentemente inabile al lavoro (5);

5.7 — quando il disoccupato sia temporaneamente inabile al lavoro (in tal caso, le prestazioni vengono sospese fintantoché il disoccupato non si iscriva nuovamente);

5.8 — quando il disoccupato non sia o non sia più a disposizione dell'ufficio di collocamento;

5.9 — quando diminuisca il numero dei familiari che danno diritto alle maggiorazioni familiari o qualcuno di essi benefici di redditi di cui al formulario E 302. In tal caso, le prestazioni devono essere erogate, previa deduzione delle maggiorazioni familiari.

6 Istituzione che rilascia il formulario

6.1 Denominazione: .....
6.2 Indirizzo (6): .....
.....

Da compilare dall'istituzione del paese in cui il disoccupato cerca un'occupazione e da allegare al formulario E 119

7 Certifichiamo

7.1 che la persona summenzionata si è iscritta come disoccupato in cerca di occupazione il .....

7.2 e beneficia delle prestazioni di disoccupazione dal .....

8 Istituzione del paese in cui il disoccupato cerca un'occupazione

8.1 Denominazione: .....
8.2 Indirizzo (6): .....
.....

8.3 Timbro

8.4 Data: .....

8.5 Firma
.....

AVVERTENZE

L istituzione competente dell'ultimo paese di occupazione compila la serie dei formulari E 303/0, E 303/1, E 303/2, E 303/3, E 303/4 per la parte che l'interessa; l'istituzione stessa conserva per sé l'E 303/0 e consegna il resto della serie, compreso l'E 303/5, al disoccupato; oppure, se del caso, trasmette i suddetti formulari all'istituzione competente per la disoccupazione del luogo in cui il disoccupato è in cerca di lavoro.

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello.

NOTE

(1) Sigla del paese cui appartiene l'istituzione che compila il formulario: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) In Italia e nei Paesi Bassi è necessaria un ulteriore iscrizione (domanda di prestazioni) presso l'istituzione per l'assicurazione contro la disoccupazione tramite l'ufficio di collocamento.

(3) Contrassegnare con una X il riquadro che precede l'indicazione che interessa.

(4) A norma della legislazione italiana un'occupazione è considerata non occasionale, quando supera i cinque giorni; a norma delle legislazioni olandese e belga, quando dura almeno un'intera giornata lavorativa.

(5) Oppure quando il disoccupato benefici di una rendita o pensione di vecchiaia o onvalidità, se l'attestato è rilasciato du una istituzione tedesca o lussemburghese.

(6) Codice postale, licalità, via, numero, paese.

COMUNITÀ EUROPEE

Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a tergo

E 303/4 ☐ (1)

ATTESTATO RELATIVO ALLA CONSERVAZIONE DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI DI DISOCCUPAZIONE

Reg. 1408/71: art. 69
Reg. 574/72: art. 26.2; art. 83.1,2 e 3; art. 97

Il presente formulario è destinato all'istituzione competente e servirà di base per il rimborso delle prestazioni di disoccupazione erogate a suo carico (Reg. 574/72: art. 97).

1 Lavoratore

1.1 Cognome	Nomi	Cognome da nubile
.....	.....	.....
1.2 Data di nascita	**Luogo di nascita**	**Cittadinanza**
.....	.....	.....

2 Il disoccupato ha diritto alle prestazioni di disoccupazione qualora si trovi nelle condizioni previste dall'art. 69 del Reg. 1408/71.

3 Il disoccupato può beneficiare delle prestazioni dal ..... purché si sia iscritto come persona in cerca di occupazione entro il ..... agli uffici di collocamento (2) dello Stato in cui cerca lavoro.

4 Il disoccupato ha diritto alle prestazioni per un periodo di ..... giorni e, in ogni caso, non oltre il .....

4.1 Le prestazioni sono concesse per tutti i giorni della settimana, salvo (3) ☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì ☐ giovedì ☐ venerdì ☐ sabato ☐ domenica.

4.2 Importo giornaliero della prestazione:
..... netto, di cui maggiorazione familiare: ..... netto
o dal .....:
..... netto, di cui maggiorazione familiare: ..... netto.

5 L'erogazione delle prestazioni deve essere sospesa al verificarsi delle seguenti circostanze (art. 83.1 ed art. 83.3 del Reg. 574/72):

5.1 — quando il disoccupato accetti una occupazione non occasionale (4) o inizi un'attività indipendente;

5.2 — quando il disoccupato benefici di un guadagno occasionale derivante da una occupazione non contemplata al punto precedente (in tal caso, la prestazione viene sospesa per il numero di giornate lavorative che danno diritto al guadagno suindicato);

5.3 — quando il disoccupato rifiuti un'offerta di lavoro o non aderisca ad una convocazione dell'ufficio di collocamento;

5.4 — quando il disoccupato rifiuti di sottoporsi a misure di riqualificazione professionale o si astenga dal parteciparvi;

5.5 — quando il disoccupato non si sottoponga o non si sottoponga più al controllo;

5.6 — quando il disoccupato sia permanentemente inabile al lavoro (5);

5.7 — quando il disoccupato sia temporaneamente inabile al lavoro (in tal caso, le prestazioni vengono sospese fintantoché il disoccupato non si iscriva nuovamente);

5.8 — quando il disoccupato non sia o non sia più a disposizione dell'ufficio di collocamento;

5.9 — quando diminuisca il numero dei familiari che danno diritto alle maggiorazioni familiari o qualcuno di essi benefici di redditi di cui al formulario E 302. In tal caso, le prestazioni devono essere erogate, previa deduzione delle maggiorazioni familiari.

6 Istituzione che rilascia il formulario

6.1 Denominazione: .....
6.2 Indirizzo (6): .....
.....

Da compilare dall'istituzione del paese in cui il disoccupato cerca un'occupazione

7 In base al presente attestato, sono stati erogati al disoccupato i seguenti importi

dal	al	Importo	Motivo della sospensione o soppressione

8 Istituzione competente di assicurazione nel paese in cui si cerca un'occupazione

8.1 Denominazione: .....
8.2 Indirizzo (6): .....
.....
8.3 Timbro

8.4 Data: .....
8.5 Firma
.....

AVVERTENZE

L'Istituzione competente dell'ultimo paese di occupazione compila la serie dei formulari E 303/0, E 303/1, E 303/2, E 303/3, E 303/4 per la parte che l'interessa; l'istituzione stessa conserva per sé l'E 303/0 e consegna il resto della serie, compreso l'E 303/5, al disoccupato; oppure, se del caso, trasmette i suddetti formulari all'istituzione competente per la disoccupazione del luogo in cui il disoccupato è in cerca di lavoro.

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello.

NOTE

(1) Sigla del paese cui appartiene l'istituzione che compila il formulario: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) In Italia e nei Paesi Bassi è necessaria un ulteriore iscrizione (domanda di prestazioni) presso l'istituzione per l'assicurazione contro la disoccupazione tramite l'ufficio di collocamento.

(3) Contrassegnare con una X il riquadro che precede l'indicazione che interessa.

(4) A norma della legislazione italiana un'occupazione è considerata non occasionale, quando supera i cinque giorni; a norma delle legislazioni olandese e belga, quando dura almeno un'intera giornata lavorativa.

(5) Oppure quando il disoccupato benefici di una rendita o pensione di vecchiaia o invalidità, se l'attestato è rilasciato da una istituzione tedesca o lussemburghese.

(6) Codice postale, località, via, numero, paese.

Istruzioni per il disoccupato che desidera recarsi in un altro Stato membro per cercarvi un'occupazione

Prima della partenza,

l'interessato dovrà accertarsi di poter usufruire delle prestazioni dell'assicurazione malattia e maternità, per sé e per i propri familiari, anche durante il periodo in cui cerca un lavoro.

L'interessato dovrà pertanto presentarsi alla sede dell'istituto previdenziale presso il quale è o è stato assicurato da ultimo. Presentando il formulario E 303, rilasciato dall'ente per l'assicurazione contro la disoccupazione, l'ente di assicurazione malattia e maternità gli rilascia una dichiarazione sul formulario « E 119 ». In caso di malattia e maternità tale dichiarazione dovrà essere esibita all'istituto previdenziale del paese in cui l'interessato cerca un'occupazione.

Dopo l'arrivo,

nella località dove cerca un'occupazione, l'interessato dovrà presentarsi immediatamente all'Ufficio di collocamento (1); in Italia e nei Paesi Bassi presenterà anche domanda intesa ad ottenere l'indennità di disoccupazione agli uffici incaricati dell'erogazione di tali prestazioni (1), presentando gli esemplari del formulario E 303 in suo possesso.

Si veda nel formulario E 303 la data alla quale l'interessato dovrà presentarsi, se desidera riscuotere un'indennità per disoccupazione, sin da quando ha cessato di essere a disposizione, come disoccupato in cerca di un'occupazione, dell'ufficio del lavoro del paese che ha lasciato.

Durante la ricerca di un'occupazione,

l'assicurato è tenuto a presentarsi ai servizi di controllo dell'Ufficio di collocamento e all'ente per l'assicurazione contro la disoccupazione, come i disoccupati del paese stesso. Debbono essere notificate tutte le variazioni che possono modificare il diritto agli assegni di disoccupazione agli stessi enti previdenziali cui è stato presentato il formulario E 303; lo stesso dicasi per un periodo di inabilità al lavoro.

Qualora una variazione della situazione possa motivare un aumento dei diritti (ad esempio, matrimonio o nascita di un figlio), il lavoratore interessato può darne direttamente notifica all'ente per l'assicurazione contro la disoccupazione che ha rilasciato il formulario E 303, corredandola dei relativi documenti.

Se il lavoratore è in cerca di un'occupazione da oltre tre mesi, al di fuori del paese dell'ultima occupazione, alla fine di questo periodo cessa qualsiasi diritto ancora esistente presso l'assicurazione contro la disoccupazione del paese dove è stato occupato da ultimo. L'ente per l'assicurazione contro la disoccupazione che ha rilasciato il formulario E 303, può tuttavia concedere delle deroghe.

---

(1) Gli uffici sono in:

Belgio: Uffici locali dell'« Office national de l'emploi »;
Germania: « Arbeitsamt »;
Francia: « l'Agence locale de l'emploi »;
Italia: « Ufficio provinciale del lavoro »;
Lussemburgo: « Office national du travail »;
Paesi Bassi: « Gewestelijk Arbeidsbureau » e « Nieuwe Algemene Bedrijfsvereniging ».

COMUNITÀ EUROPEE

Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 401 ☐ (1)

ATTESTATO CONCERNENTE LA COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA PER LA CONCESSIONE DELLE PRESTAZIONI FAMILIARI

Reg. 1408/71: art. 73.1; art. 74.1
Reg. 574/72: art. 86.2; art. 88

Allegare il presente formulario ad una domanda da inviare all'istituzione competente per le prestazioni familiari.

1 Lavoratore

1.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

1.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

1.3 Stato civile (2) ☐ celibe ☐ coniugato ☐ vedovo
(2) ☐ divorziato ☐ separato

1.4 Indirizzo (3): .....

2 Coniuge

2.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

2.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

2.3 Professione: .....

2.4 Indirizzo (3): .....

3 Familiari diversi dal coniuge

Cognome	Nomi	Data di nascita	Rapporto di parentela (4)	Luogo di residenza	Professione
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

3.1 Osservazioni: .....

4 Attestato dell'ufficio anagrafico, dell'autorità o dell'amministrazione competente in materia di stato civile (5)

La veridicità delle informazioni di cui sopra è stata confermata sulla base di documenti ufficiali in nostro possesso.

4.1 Denominazione ed indirizzo dell'ufficio (3): .....

.....

4.2 Timbro

4.3 Data: .....

4.4 Firma

.....

5 Istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari

5.1 Denominazione: .....

5.2 Indirizzo (3): .....

.....

5.3 Riferimento della pratica n.: .....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila il formulario: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Riportare una X nel riquadro che precede l'indicazione che interessa.

(3) Codice postale, località, via, numero, paese.

(4) Indicare il rapporto di parentela di ciascun familiare con il lavoratore mediante le seguenti abbreviazioni:

A = figlio legittimo

B = figlio legittimato

C = figlio adottivo

D = figlio naturale (quando la dichiarazione è compilata per un lavoratore di sesso maschile, si menzionino i figli naturali soltanto se ne è stata ufficialmente riconosciuta la paternità o l'obbligo alla corresponsione degli alimenti da parte del lavoratore stesso)

E = figlio del coniuge che fa parte del nucleo familiare del lavoratore

F = nipoti, fratelli e sorelle che l'interessato ha accolto nel nucleo familiare

G = altri figli che fanno parte del nucleo familiare allo stesso titolo dei figli del lavoratore (minore assistito).

Gli altri rapporti di parentela (ad esempio: nonno) devono essere scritti per esteso. Se un figlio è coniugato, lo si indichi al punto 3.1 „Osservazioni".

(5) In Francia, il Municipio o la Cassa assegni familiari.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 402 [ ] (1)

CERTIFICATO DI PROSEGUIMENTO DEGLI STUDI PER LA CONCESSIONE DELLE PRESTAZIONI FAMILIARI

Reg. 1408/71: art. 73.1; art. 74.1

Reg. 574/72: art. 86; art. 88

A. Domanda di attestato

Da compilare dall'istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari.

1 Lavoratore che fa richiesta di prestazioni familiari o persona che li rivendica ad altro titolo

1.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

1.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

1.3 Indirizzo (3): .....

.....

2 Dati concernenti l'allievo o lo studente

2.1 Cognome ..... Nomi .....

2.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso .....

2.3 Indirizzo (3): .....

.....

3 Istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari

3.1 Denominazione: .....

3.2 Indirizzo (3): .....

.....

3.3 Riferimento della pratica, n. .....

3.4 Timbro

3.5 Data: .....

3.6 Firma

.....

B. Attestato

Da compilare dall'istituto (scuola o istituto d'insegnamento superiore o universitario) ed inviare all'istituzione menzionata al quadro 3.

4

4.1 L'allievo di cui al quadro 2 frequenta la scuola sottoindicata

dal .....

4.2 Si presume che la formazione scolastica si protrarrà sino al .....

4.3 Il numero di ore di corso è di ..... settimanali.

4.4 Lo studente di cui al quadro 2 è iscritto presso l'istituto di insegnamento

(2) ☐ superiore ☐ universitario indicato al quadro 5

dal: .....

4.5 Si presume che gli studi presso detto istituto si protrarranno

sino al .....

5 Scuola o istituto di insegnamento superiore o universitario

5.1 Denominazione: .....

5.2 Indirizzo (3): .....

.....

5.3 Timbro

5.4 Data: .....

5.5 Firma

.....

E 402

ALLEGATO

Da compilare se la richiesta di prestazioni familiari deve essere presentata ad un'istituzione belga.

1 Insegnamento impartito nell'istituto (che non sia d'insegnamento superiore od universitario)

1.1 Su quante mezze giornate settimanali sono suddivisi i corsi?

mezze giornate ..... ore .....

1.2 I corsi (2) ☐ sono impartiti ☐ non sono impartiti prima delle ore 18.

1.3 L'allievo (2) ☐ segue regolarmente ☐ non segue regolamente i corsi.

In caso negativo, si indichi il numero di giorni di assenza ed il motivo:

.....

1.4 I corsi summenzionati al punto 1,

(a) (2) ☐ includono ☐ non includono

le ore di tirocinio richieste per conseguire un diploma ufficiale.

(b) (2) ☐ includono ☐ non includono

le ore di esercizi pratici impartite nell'istituto.

(c) (2) ☐ includono ☐ non includono

il tempo dedicato allo studio nell'istituto.

In caso affermativo, si indichi il numero di ore settimanali: .....

1.5 Natura dell'insegnamento:

(2) ☐ Formazione generale ☐ Insegnamento tecnico ☐ Insegnamento artistico

(2) ☐ Insegnamento superiore od universitario equipollente.

1.6 Il programma d'insegnamento

(2) ☐ è ☐ non è riconosciuto dallo Stato

(2) ☐ corrisponde ☐ non corrisponde ad un programma riconosciuto dallo Stato.

1.7 Indicare i periodi di vacanza:

— Vacanze di Natale: dal ..... al .....

— Vacanze di Pasqua: dal ..... al .....

— Vacanze estive: dal ..... al .....

ALLEGATO (seguito)

2 Dati relativi all'insegnamento impartito nell'istituto superiore od universitario

2.1 (2) ☐ Si tratta ☐ Non si tratta di un programma di studi a tempo completo.

2.2 I corsi seguiti (2) ☐ permettono ☐ non permettono di conseguire un titolo accademico od un diploma.

2.3 Lo studente (2) ☐ prepara ☐ non prepara una tesi di laurea.

In caso affermativo, si indichi:

— da quando: .....

— quando dovrà presentare la tesi di cui sopra: .....

2.4 Indicare i periodi di vacanza:

— Vacanze di Natale: dal ..... al .....

— Vacanze di Pasqua: dal ..... al .....

— Vacanze estive: dal ..... al .....

3 Scuola o istituto d'insegnamento superiore od universitario

3.1 Denominazione: .....

.....

3.2 Indirizzo (3): .....

.....

3.3 Timbro

3.4 Data: .....

3.5 Firma

.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 5 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A del formulario: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Riportare una X nel riquadro che precede l'indicazione che interessa.

(3) Codice postale, località, via, numero, paese.

COMUNITÀ EUROPEE

Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 403 [ ] (1)

CERTIFICATO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE PER LA CONCESSIONE DELLE PRESTAZIONI FAMILIARI

Reg. 1408/71: art. 73.1; art. 74.1
Reg. 574/72: art. 86; art. 88

A. Domanda di attestato

Da compilare dall'istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari.

1 Lavoratore che chiede le prestazioni familiari o la persona che le rivendica ad altro titolo

1.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

1.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

1.3 Indirizzo (3): .....

.....

2 Apprendista

2.1 Cognome: ..... Nomi: .....

2.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso .....

2.3 Indirizzo (3): .....

.....

3 Istituto competente per la concessione delle prestazioni familiari

3.1 Denominazione: .....

3.2 Indirizzo (3): .....

.....

3.3 Timbro

3.4 Data: .....

3.5 Firma

.....

B. Attestato

Da compilare dall'imprenditore o dall'incaricato dell'addestramento professionale e da inviare all'organismo incaricato del controllo dell'addestramento stesso che lo trasmetterà all'istituzione di cui al riquadro 3.

4 Informazioni relative all'addestramento professionale

4.1 L'apprendista indicato alla pagina precedente ci è o ci è stato affidato, a decorrere

dal .....

per essere formato nella professione di .....

4.2 Si presume che l'addestramento professionale durerà sino al .....

4.3 L'apprendista

(2) ☐ riceve

☐ un'indennità di addestramento (2) ☐ settimanale, pari a .....

(2) ☐ mensile, pari a .....

☐ altre prestazioni (4)

(2) ☐ alloggio ☐ pensione completa ☐ mezza pensione

(2) ☐ mance ☐ ..... pasti al giorno ☐ altre (da precisare)

dal ..... al ..... pari a .....

(2) ☐ non riceve

☐ un'indennità di addestramento ☐ altre prestazioni

4.4 Località in cui lavora: .....

4.5 Nome della persona, dell'impresa o dell'istituto incaricato dell'addestramento:

.....

4.6 Indirizzo (3): .....

.....

4.7 Timbro

4.8 Data: .....

4.9 Firma

.....

5 Visto dell'organismo incaricato del controllo dell'addestramento

5.1 Denominazione: .....

5.2 Indirizzo (3): .....

.....

5.3 Timbro

5.4 Data: .....

5.5 Firma

.....

E 403

AVVERTENZE

Il presente formulario deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A del formulario: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Riportare una X nel riquadro che precede l'indicazione che interessa.

(3) Codice postale, località, via, numero, paese.

(4) Se il formulario è destinato ad un'istituzione tedesca, suddividere l'importo delle seguenti prestazioni:

Alloggio:	Altre prestazioni: .....
Pensione completa:	.....
Mezza pensione:	.....
Mance:	.....
Pasti:	.....

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 404 [ ] (1)

CERTIFICATO MEDICO PER LA CONCESSIONE DELLE PRESTAZIONI FAMILIARI

Reg. 1408/71: art. 73.1 e 3; art. 74.1
Reg. 574/72: art. 86; art. 88

A. Domanda

Da compilare dall'istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari.

1 Lavoratore che fa richiesta di prestazioni familiari o persona che li rivendica ad altro titolo

1.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

1.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

1.3 Indirizzo (3): .....

.....

2 Persona per la quale si rilascia il certificato medico

2.1 Cognome: ..... Nomi: .....

2.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso .....

2.3 Indirizzo (3): .....

.....

3 Istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari

3.1 Denominazione: .....

3.2 Indirizzo (3): .....

.....

3.3 Timbro

3.4 Data: .....

3.5 Firma

.....

B. Certificato

Da compilare dal medico incaricato dall'organismo di collegamento del paese di residenza (4) della persona esaminata per la quale si rilascia il certificato e da inviare all'istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari di cui al riquadro 3.

4

4.1 a) Le facoltà fisiche e psichiche della persona esaminata

(2) ☐ sono ☐ non sono diminuite

In caso affermativo, si indichi la percentuale della diminuzione ..... %

b) la suddetta persona (2) ☐ non si trova nell'impossibilità

(2) ☐ si trova nell'impossibilità di guadagnarsi la vita in seguito a difetto fisico o psichico.

c) La persona esaminata (2) ☐ è ☐ non è casalinga

In caso affermativo, (2) ☐ è ☐ non è in grado di occuparsi delle faccende domestiche.

d) Eventuali osservazioni

.....

.....

.....

e) Descrizione dello stato della persona esaminata:

.....

.....

.....

4.2 Data d'inizio di detta infermità o malattia (fornire dati quanto mai precisi):

.....

4.3 Durata probabile: .....

4.4 a) Un nuovo esame (2) ☐ è ☐ non è necessario

b) In caso affermativo, data dell'esame: .....

5

5.1 Cognome e nome del medico: .....

5.2 Indirizzo (3): .....

.....

5.3 Data: .....

5.4 Firma

.....

AVVERTENZE

Il presente formulario deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE:

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A del formulario: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Riportare una X nel riquadro che precede l'indicazione che interessa.

(3) Codice postale, località, via, numero, paese.

(4) Oppure dal medico della Cassa designata dall'organismo di collegamento.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 405 ☐ (1)

PRESTAZIONI O ASSEGNI FAMILIARI IN CASO DI OCCUPAZIONI SUCCESSIVE IN PIÙ STATI MEMBRI TRA LE SCADENZE DI PAGAMENTO PREVISTE DALLA LEGISLAZIONE DI TALI STATI

Reg. 1408/71: art. 12; art. 72
Reg. 574/72: art. 10.2; art. 85.2 e 3

Il presente attestato è rilasciato a richiesta dell'interessato. L'istituzione competente, se del caso, si rivolge per ottenerlo all'istituzione da cui dipendeva il lavoratore in precedenza.

A— Da compilare dall'istituzione competente per la concessione delle prestazioni o assegni familiari da cui dipende il lavoratore.

1 Lavoratore

1.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

1.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

1.3 Stato civile (2) ☐ celibe ☐ coniugato ☐ vedovo
(2) ☐ divorziato ☐ separato

1.4 Indirizzo (3): .....

.....

2 Persona che deve ricevere le prestazioni o assegni familiari

2.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

2.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

2.3 Indirizzo (3): .....

.....

3 Istituzione da cui dipendeva il lavoratore in precedenza

3.1 Denominazione: .....

3.2 Indirizzo (3): .....

.....

4 Istituzione del luogo di residenza dei familiari

4.1 Denominazione: .....

4.2 Indirizzo (3): .....

.....

5 Istituzione da cui dipende attualmente il lavoratore

5.1 Denominazione: .....

5.2 Indirizzo (3): .....

.....

5.3 Riferimento della pratica: n. .....

5.4 Timbro

5.5 Data: .....

5.6 Firma

.....

B— Da compilare dall'istituzione competente per la concessione delle prestazioni o assegni familiari da cui dipendeva il lavoratore in precedenza.

6

6.1 Si certifica che il lavoratore di cui al quadro 1

6.2 ha compiuto ..... giornate di lavoro, dal ..... al .....

6.3 in (4) .....

6.4 (2) ☐ Ha diritto ☐ Non ha diritto a prestazioni o assegni familiari.

6.5 Gli sono state corrisposte prestazioni o assegni familiari

dal ..... al .....

7 Istituzione da cui dipendeva il lavoratore in precedenza

7.1 Denominazione: .....

7.2 Indirizzo (3): .....

.....

7.3 Timbro

7.4 Data: .....

7.5 Firma

.....

E 405

AVVERTENZE

Il presente formulario deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A del formulario: B = Belgio; D = Germania; F = Francia; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi Bassi.

(2) Riportare una X nel riquadro che precede l'indicazione che interessa.

(3) Codice postale, località, via, numero, paese.

(4) Stato nel quale il lavoratore ha espletato le sue attività.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 406 [ ] (1)

DOMANDA DI ASSEGNI FAMILIARI PER UN LAVORATORE SOGGETTO ALLA LEGISLAZIONE FRANCESE, LA CUI FAMIGLIA RISIEDE IN UNO STATO MEMBRO DIVERSO DALLA FRANCIA

Reg. 1408/71: art. 73.2; art. 75.2.b; art. 76
Reg. 574/72: art. 87.1

La presente domanda, redatta in duplice copia, in triplice copia se i familiari risiedono in Italia (1)*, va trasmessa dal lavoratore direttamente all'istituzione francese per gli assegni familiari da cui dipende per la sua attività.*

1 Lavoratore

1.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

1.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

1.3 Indirizzo in Francia (2): .....

.....

1.4 Attività professionale (6): .....

1.5 Data di entrata in Francia: .....

2 Persona che deve riscuotere gli assegni familiari

Dichiaro che la persona sottoindicata assicura il mantenimento dei miei familiari e chiedo che alla medesima siano corrisposti gli assegni familiari.

2.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

2.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

2.3 Rapporto di parentela con il lavoratore: .....

2.4 Denominazione se si tratta di persona giuridica: .....

2.5 Indirizzo (2): .....

.....

2.6 Data: .....

2.7 Firma

.....

2.8 Denominazione ed indirizzo dell'istituzione che deve erogare gli assegni familiari alla famiglia nel luogo in cui essa risiede (2):

.....

.....

3 Familiari a carico

3.1 Cognome	3.2 Nomi	3.3 Data di nascita
1)	.....	.....
2)	.....	.....
3)	.....	.....
4)	.....	.....
5)	.....	.....
6)	.....	.....
7)	.....	.....
8)	.....	.....
9)	.....	.....

3.4 Rapporto di parentela	3.5 Luogo di residenza	3.6 Osservazioni
1) ([3])	.....	.....
2)	.....	.....
3)	.....	.....
4)	.....	.....
5)	.....	.....
6)	.....	.....
7)	.....	.....
8)	.....	.....
9)	.....	.....

3.7 Dichiaro che i familiari sopraindicati sono a mio carico e non hanno diritto a prestazioni familiari in forza della legislazione del paese in cui risiedono.

3.8 Data: .....

3.9 Firma

.....

4 ([7]) Eventuale reddito dei familiari (natura ed importo mensile, incluse le prestazioni sociali)

Nn. d'ordine	Familiari	Natura del reddito	Importo
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

5

5.1 Ove abbiate espletato un'attività dipendente in un altro Stato membro durante il mese della vostra entrata in Francia e non sia stato ancora compilato un formulario E 405, indicate:

5.2 il periodo di occupazione: .....

5.3 la denominazione e l'indirizzo (2) dell'istituzione competente in materia di assegni familiari da cui dipendete

.....

.....

5.4 il vostro numero di matricola presso la suddetta istituzione: .....

5.5 Data: .....

5.6 Firma

.....

6 Attestato del datore di lavoro

6.1 Nome o ragione sociale:* .....

6.2 Ramo di attività (4): .....

6.3 Indirizzo (2): .....

.....

6.4 Inizio dell'attività: .....

6.5 Il lavoratore (5) ☐ è ☐ non è titolare di un contratto di lavoro stagionale.

6.6 In caso affermativo, durata del contratto: .....

6.7 Data: .....

6.8 Firma

.....

E 406

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 4 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

Istruzioni per l'assicurato

Il lavoratore soggetto alla legislazione francese ed il disoccupato che beneficia di prestazioni di disoccupazione a carico della Francia hanno diritto per i familiari, che risiedono in uno Stato membro diverso dalla Francia, agli assegni familiari previsti dalla legislazione del paese in cui risiedono i suddetti familiari. Detti assegni sono corrisposti dall'istituzione del luogo di residenza dei familiari sulla base dell'attestato E 407 rilasciato dall'istituzione francese competente per gli assegni familiari.

NOTE

(1) Per le istituzioni italiane si alleghi all'E 407 copia dell'E 406.

(2) Codice postale, località, via, numero, paese.

(3) Indicare accanto a ciascuno di questi numeri d'ordine i dati relativi alla persona che corrisponde allo stesso numero d'ordine nelle tre colonne precedenti.

(4) Lavoratori, dipendenti dell'industria e del commercio, delle professioni liberali (dirigenti, impiegati, operai), giornalisti professionisti, dipendenti delle compagnie di assicurazione, dipendenti degli istituti di credito, dipendenti delle attività artigianali, dipendenti agricoli.

(5) Riportare una X nel riquadro che precede l'indicazione che interessa.

(6) Per le istituzioni italiane indicare se trattasi di operai o impiegati.

(7) Da compilare unicamente se i familiari risiedono in Italia.

COMUNITÀ EUROPEE

Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a tergo

E 407 **F** (1)

Attestato dei periodi di occupazione o di disoccupazione indennizzati in Francia per la concessione degli assegni familiari ai familiari di un lavoratore che risiedono in uno Stato membro diverso dalla Francia

Reg. 1409/71: Art. 73.2; art. 74.2 — Reg. 574/72: 87.1,2,3,4 e 5; art. 89.1

Il presente attestato è rilasciato dall'istituzione francese competente per gli assegni familiari al lavorotare o al disoccupato oppure, se del caso, all'istituzione del luogo di residenza dei familiari. Il lavoratore o il disoccupato invia l'attestato ai suoi familiari, affinché questi ultimi lo presentino all'istituzione del loro luogo di residenza. Formulando le riserve sottoindicate e salvo eventuale annullamento, è valido tre mesi, quando si tratta di un lavoratore permanente e per la durata del contratto, quando si tratta invece di un lavoratore stagionale.

1 (2) ☐ Lavoratore ☐ Lavoratore stagionale ☐ Disoccupato N. d'identificazione: .....

1.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

1.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

1.3 Indirizzo (3): .....

2 Persona fisica o giuridica che deve riscuotere gli assegni familiari

2.1 Cognome e nomi o denominazione ..... Sesso ..... Cognome da nubile .....

2.2 Indirizzo (3): .....

3 Istituzione del luogo di residenza della famiglia N. d'identificazione: .....

3.1 Denominazione: .....

3.2 Indirizzo (3): .....

4 Attestato dei diritti

Il lavoratore di cui al quadro 1

4.1 (2) ☐ ha ottemperato, in Francia, alle condizioni previste di occupazione che gli consentono di beneficiare della totalità degli assegni familiari mensili, salvo successivo annullamento, per i mesi di ....

4.2 (2) ☐ ha espletato, in Francia, un'attività che gli dà diritto, salvo successivo annullamento, a ..... (frazione) di assegno familiare mensile per i mesi di ..... e ..... ed alla totalità per i mesi da ..... a ..... incluso, che consente l'erogazione degli assegni familiari su tale base.

4.3 (2) ☐ è titolare in Francia di un contratto di lavoro stagionale valido dal ..... al ..... che gli consente di beneficiare della totalità degli assegni familiari per i mesi da ..... a ..... incluso e di un prorata per i mesi di ..... e .....

4.4 (2) ☐ ha beneficiato, nel corso del periodo dal ..... al ..... delle prestazioni di disoccupazione previste dalla legislazione francese per ..... giorni.

5 Istituzione francese competente in materia di assegni familiari

5.1 Denominazione: .....

5.2 Indirizzo (3): .....

5.3 Timbro

5.4 Data: .....

5.5 Firma .....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello.

Ove il formulario debba essere inviato alle istituzioni italiane, si alleghi all'E 407 copia dell'E 406.

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila il formulario: F = Francia.

(2) Contrassegnare con una X il riquadro che precede l'indicazione che interessa.

(3) Codice postale, località, via, numero, paese.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 408 ☐ (1)

DOMANDA DI INFORMAZIONI

Reg. 1408/71: art. 73.2
Reg. 574/72: art. 87.1; art. 87.7, secondo capoverso; art. 89.2

Questa domanda di informazioni può essere inoltrata in qualsiasi momento dall'istituzione del luogo di residenza dei familiari all'istituzione francese da cui dipende il lavoratore.

A. Da compilare dall'istituzione del luogo di residenza dei familiari.

1 (2) ☐ Lavoratore ☐ Lavoratore stagionale ☐ Disoccupato

1.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

1.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

1.3 Indirizzo (3): .....

.....

2 Datore di lavoro

2.1 Nome e ragione sociale: .....

2.2 Indirizzo (3): .....

.....

3 Persona che deve riscuotere gli assegni familiari nel paese di residenza

3.1 Cognome ..... Nomi ..... Sesso .....

3.2 Indirizzo (3): .....

.....

4 Richiesta di informazioni

4.1 Attestato dei periodi di occupazione (reg. 574/72: art. 87.1)

Periodi dal ..... al .....

.....

.....

4.2 Altre informazioni relative al diritto agli assegni del lavoratore (reg. 574/72: art. 87. 7)

.....

.....

5 Istituzione del luogo di residenza dei familiari

5.1 Denominazione: .....

5.2 Indirizzo (3): .....

.....

5.3 Timbro

5.4 Data: .....

5.5 Firma

.....

B. Da compilare dall'istituzione francese competente.

6 *Informazioni richieste*

6.1 (2) ☐ Risposta al punto 4.1: Si veda l'allegato E 407

6.2 (2) ☐ Risposta al punto 4.2: .....

.....

.....

.....

6.3 Timbro

6.4 Data: .....

6.5 Firma

.....

7 Istituzione francese competente

7.1 Denominazione: .....

7.2 Indirizzo (3): .....

.....

7.3 Timbro

7.4 Data: .....

7.5 Firma

.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A del formulario: B = Belgio; D = Germania; I = Italia; L = Lussemburgo; N = Paesi-Bassi.

(2) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione che interessa.

(3) Codice postale, località, via, numero, paese.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 409 **F** (1)

CONTROLLO DELLA DICHIARAZIONE DI NON SUSSISTENZA DI DIRITTO AD ASSEGNI FAMILIARI A TITOLO DI UN'ATTIVITÀ ESPLETATA NEL PAESE DI RESIDENZA DELLA FAMIGLIA

Reg. 1408/71: art. 73.2
Reg. 574/72: art. 87.1; art. 87.7, terzo capoverso

Questa domanda di informazioni è utilizzata dall'istituzione francese competente per controllare, se del caso, la dichiarazione del capo famiglia, secondo la quale non esiste alcun diritto ad assegni familiari a titolo di un'attività professionale nel paese di residenza dei familiari. Si alleghi copia dell'E 406.

A. Da compilare dall'istituzione francese competente per gli assegni familiari.

1 (2) ☐ Lavoratore ☐ Lavoratore stagionale ☐ Disoccupato

1.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

1.2 Data di nascita ..... Luogo di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

1.3 Indirizzo in Francia (3): .....

.....

1.4 Riferimento: E 406 del: .....

2 Richiesta di informazioni

2.1 (2) ☐ Si verifichi quanto dichiarato al punto 3.7 dell'E 406 riguardo alla persona di cui al n. d'ordine .....

2.2 (2) ☐ Si verifichi l'E 406 del .....
riguardo a: .....

.....

3 Istituzione francese

3.1 Denominazione: .....

3.2 Indirizzo (3): .....

.....

3.3 Timbro

3.4 Data: .....

3.5 Firma

.....

B. Da compilare dall'istituzione competente per gli assegni familiari del luogo di residenza dei familiari

4 Informazioni richieste

4.1 (2) ☐ Un diritto è aperto ☐ Nessun diritto è aperto

a titolo di un'attività professionale nel paese di residenza dei familiari.

4.2 In caso affermativo, si indichino i familiari per i quali è aperto un diritto:

.....

.....

5 Istituzione del luogo di residenza dei familiari

5.1 Denominazione: .....

5.2 Indirizzo (3): .....

.....

5.3 Timbro

5.4 Data: .....

5.5 Firma

.....

AVVERTENZE

Il presente formulario deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A del formulario: F = Francia.

(2) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione che interessa.

(3) Codice postale, località, via, numero, paese.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze in ultima pagina

E 410 **F** (1)

NOTIFICA DI ANNULLAMENTO DEL DIRITTO AGLI ASSEGNI FAMILIARI

Reg. 1408/71: art. 73.2; art. 74.2
Reg. 574/72: art. 87.3 e 7; art. 98.2

L'istituzione francese competente per gli assegni familiari compila il formulario e lo trasmette all'istituzione del luogo di residenza dei familiari.

1 All'istituzione competente per gli assegni familiari

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (3): .....

.....

1.3 Riferimento: E 407 del .....

2 (2) ☐ Lavoratore ☐ Lavoratore stagionale ☐ Disoccupato

2.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

2.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

2.3 Indirizzo in Francia (3): .....

.....

3

3.1 La persona sopraindicata

3.2 (2) ☐ non ottempera alle condizioni previste relative all'attività professionale per beneficiare degli assegni familiari

nel corso del mese di ..... (art. 87.7 del reg. 574/72)

3.3 (2) ☐ ha interrotto il contratto di lavoro stagionale

a decorrere dal ..... (art. 87.3 del reg. 574/72)

3.4 (2) ☐ ha trasferito la propria residenza in (4) .....

a decorrere dal ..... (art. 87.7 del reg. 574/72)

4 Istituzione competente francese

4.1 Denominazione: .....

4.2 Indirizzo (3): .....

.....

4.3 Timbro

4.4 Data: .....

4.5 Firma

.....

E 410

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 2 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila il formulario: F = Francia.

(2) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione riferentesi al caso che interessa.

(3) Codice postale, località, via, numero, paese.

(4) Indicare lo Stato.