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. 130

del 17 ottobre 1985

che fissa i modelli di formulari necessari all'applicazione dei regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72 del Consiglio (E 001; E 101—127; E 201—215; E 301—303; E 401—411)

(86/303/CEE)

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

visto l'articolo 81, lettera a), del regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio, del 14 giugno 1971, in base al quale essa è incaricata di trattare le questioni di ordine amministrativo derivanti dal regolamento (CEE) n. 1408/71 e dai regolamenti successivi,

visto l'articolo 2, paragrafo 1, del regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio, del 21 marzo 1972, in base al quale essa stabilisce i modelli dei certificati, attestati, dichiarazioni, domande ed altri documenti necessari all'applicazione dei regolamenti,

vista la decisione n. 120, del 7 luglio 1982, che stabilisce e adegua i modelli dei formulari necessari all'applicazione dei regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72,

considerando opportuno adeguare tali modelli in previsione della loro utilizzazione nella Comunità estesa alla Spagna e al Portogallo;

considerando inoltre opportuno adeguarli per tener conto delle modifiche apportate alle legislazioni nazionali degli Stati membri;

considerando che le disposizioni relative alla lingua di emissione dei formulari sono contenute nella raccomandazione n. 15 della Commissione amministrativa,

DECIDE:

1. I modelli dei formulari di cui alla decisione n. 120 sono sostituiti dai modelli allegati.

2. Le autorità competenti degli Stati membri mettono a disposizione degli interessati (aventi diritto, istituzioni, datori di lavoro, ecc.) i formulari del modello allegato alla presente decisione.

3. Ogni formulario è disponible nelle lingue ufficiali della Comunità e sarà stampato in modo da permettere la perfetta sovrapposizione delle sue versioni. In tal modo, ciascuno dei destinatari (avente diritto, istituzione, datore di lavoro, ecc.) potrà ricevere il formulario nella propria lingua.

4. La presente decisione è pubblicata nella *Gazzetta ufficiale delle Comunità europee* ed entra in vigore il 1° gennaio 1986. Tuttavia, i formulari del modello pubblicato nella decisione n. 120 potranno essere utilizzati fino ad esaurimento delle scorte.

Il Presidente della Commissione amministrativa

G. SCHROEDER

Lista dei formulari

E 001 — Domanda di informazioni, comunicazione di informazioni, richiesta di formulari e sollecito concernenti un lavoratore subordinato, un lavoratore autonomo, un frontaliero, un titolare di pensione, un disoccupato, un avente diritto

E 101 — Certificato relativo alla legislazione applicabile

E 102 — Proroga del distacco o dell'attività autonoma

E 103 — Esercizio del diritto di opzione

E 104 — Attestato concernente la totalizzazione dei periodi di assicurazione, di occupazione o di residenza

E 105 — Attestato riguardante i familiari del lavoratore subordinato o autonomo 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 un 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 subordinati o autonomi e per la tenuta degli inventari

E 110 — Attestato per lavoratori subordinati 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 la pensione o rendita e per i loro familiari

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

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 assegni in caso di morte

E 125 — Conto individuale delle spese effettive

E 126 — Tariffe per il rimborso delle prestazioni in natura

E 127 — Segnalazione dei forfaits mensili

E 201 — Attestato concernente la totalizzazione dei periodi di assicurazione o dei periodi di residenza

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 d'invalidità

E 205 — Attestato concernente la carriera assicurativa in Belgio
— Attestato concernente la carriera assicurativa e la residenza in Danimarca
— Attestato concernente la carriera assicurativa in Germania
— Attestato concernente la carriera assicurativa in Grecia
— Attestato concernente la carriera assicurativa in Spagna
— Attestato concernente la carriera assicurativa in Francia
— Attestato concernente la carriera assicurativa in Irlanda
— Attestato concernente la carriera assicurativa in Italia
— Attestato concernente la carriera assicurativa in Lussemburgo
— Attestato concernente la carriera assicurativa nei Paesi Bassi
— Attestato concernente la carriera assicurativa in Portogallo
— Attestato concernente la carriera assicurativa nel Regno Unito

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 ai fini dell'eventuale applicazione dell'articolo 46, punto 3, del regolamento 1408/71

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 215 — Rapporto amministrativo sulla situazione di un titolare di pensione

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

E 302 — Attestato relativo ai familiari del lavoratore subordinato disoccupato da prendere in considerazione per il calcolo delle prestazioni

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

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 subordinato 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 subordinato o di un lavoratore subordinato disoccupato, 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 per un'attività espletata nel paese di residenza della famiglia

E 410 — Notifica di annullamento del diritto agli assegni familiari

E 411 — Domanda di informazioni riguardanti il diritto a prestazioni familiari (assegni familiari) nello Stato membro di residenza dei familiari

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 4

E 001 ☐ (1)

☐ **Domanda di informazioni**
☐ **Comunicazione di informazioni**
☐ **Richiesta di formulari**
☐ **Sollecito**

concernente

☐ **un lavoratore subordinato**
☐ **un lavoratore autonomo**
☐ **un frontaliero**
☐ **un titolare di pensione**
☐ **un richiedente la pensione**
☐ **un disoccupato**
☐ **un avente diritto**

Reg. 1408/71: art. 84

L'istituzione mittente compila la parte A e invia due copie del presente formulario all'istituzione destinataria, che a sua volta compila la parte B e rinvia una copia all'istituzione mittente. Il presente formulario è utilizzato unicamente in aggiunta ad altri formulari e servirà per qualsiasi scambio d'informazione non espressamente previste in altri moduli, senza mai sostituirsi ad essi.

Parte A

1 Istituzione destinataria

1.1 Denominazione: .....
1.2 Indirizzo (2): .....
.....

2 Notizie concernenti l'interessato (3)

2.1 Cognome (4): .....
2.2 Cognome di nascita (4): .....
2.3 Nomi (5): .....
2.4 Cognomi precedenti (6): .....
2.5 Sesso (7): .....
2.6 Cognome e nomi del padre (8): .....
2.7 Cognome e nomi della madre (8): .....

3 Nazionalità (9): ..... D.N.I (9 bis): .....

4 Nascita

4.1 Data (10): .....
4.2 Località (11): .....
4.3 Provincia o dipartimento (12): .....
4.4 Paese (13): .....

5 Numero di matricola

5.1 Presso l'istituzione mittente: .....
5.2 Presso l'istituzione destinataria: .....

6 Indirizzo (2): .....
.....

7 Informazioni concernenti la pratica

7.1 Tipo di prestazione:
.....
7.2 Riferimento della pratica dell'istituzione mittente:
.....
7.3 Riferimento della pratica dell'istituzione destinataria:
.....

E 001

8 Avente diritto (14)

8.1 Cognome (4)

.....

8.2 Nomi ..... Cognomi di nascita (4) .....

8.3 Luogo di nascita (11) ..... Data di nascita .....

8.4 Sesso ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (9bis) .....

8.5 Indirizzo (2): .....

.....

9 ☐ Richiesta ☐ Sollecito della richiesta del .....

Chiediamo l'invio riguardo alla persona di cui al quadro ☐ 2 ☐ 8

9.1 ☐ dei formulari: .....

9.2 ☐ dei documenti: .....

.....

9.3 ☐ delle seguenti informazioni: .....

.....

9.4 Motivo della richiesta: .....

10 Cambiamento di situazione: si sono verificati i seguenti cambiamenti

.....

.....

.....

.....

11 Varie

.....

.....

.....

.....

.....

12 Istituzione che compila la parte A

12.1 Denominazione: ..... Numero di codice (15): .....

12.2 Indirizzo (2): .....

.....

12.3 Timbro

12.4 Data: .....

12.5 Firma

.....

E 001

Parte B

13

A seguito della richiesta del ..... si trasmettono in allegato:

13.1 ☐ i seguenti formulari: .....

13.2 ☐ i seguenti documenti: .....

.....

13.3 ☐ le seguenti informazioni: .....

.....

14

A seguito della richiesta del .....

si comunica che non è possibile trasmettere

14.1 ☐ i seguenti formulari: .....

14.2 ☐ i seguenti documenti: .....

14.3 ☐ le informazioni richieste

14.4 ☐ Motivo: .....

.....

.....

15 Varie

.....

.....

.....

.....

.....

16

☐ A seguito dell'invio del .....

si accusa ricevuta delle informazioni contenute al quadro 10

17 Istituzione che compila la parte B

17.1 Denominazione: ..... Numero di codice ([15]): .....

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

.....

17.3 Timbro

17.4 Data: .....

17.5 Firma

.....

E 001

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello utilizzando unicamente le linee apposite punteggiate. Esso è composto di 4 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione indicazione

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

(3) Compilare le voci da 2.1. a 2.7 concernenti l'identificazione per quanto necessario.

(4) — Il cognome (di famiglia) è quello usuale oppure acquisito per matrimonio. Se il formulario è compilato da un'istituzione olandese e se l'assicurato o l'avente diritto è una donna sposata o che lo è stata, il cognome da indicare è quello del marito attuale o dell'ultimo marito.
— Il cognome di nascita dev'essere sempre indicato; nel caso sia identico a quello di famiglia, iscrivere «IDEM». Se il formulario è compilato da un'istituzione olandese e se l'assicurato o l'avente diritto è una donna sposata o che lo è stata, il cognome da indicare è quello da nubile.
— Gli avverbi «DETTO» e «ALIAS» e le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
— Per i cittadini spagnoli indicare entrambi i cognomi.
— Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(5) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.

(6) Da indicare in particolare nei casi di adozione o di utilizzazione di soprannomi entrati nell'uso corrente; gli avverbi «DETTO» e «ALIAS» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.

(7) M = maschile; F = femminile.

(8) Informazione necessaria per i cittadini spagnoli o per i cittadini francesi che non sono nati sul territorio metropolitano francese.

(9) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.

(9 bis) Per i cittadini spagnoli indicare, se esiste, anche il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(10) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 1° agosto 1921 = 01. 08. 1921).

(11) Per le città francesi con più circoscrizioni si indichi il numero della circoscrizione (esempio: PARIGI 14). Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(12) Informazione obbligatoria per i cittadini spagnoli, francesi o italiani; questo riquadro, contiene, a seconda dei paesi, l'indicazione di appartenenza territoriale del luogo di nascita (esempio: per quanto concerne la Francia, per un comune di nascita: LILLE, si indichi il dipartimento di nascita: NORD associato al numero di codice del dipartimento se l'assistito lo conosce, nella fattispecie: 59. L'informazione sarà pertanto: NORD 59). Per le persone nate in Spagna, indicare solo la provincia.

(13) Sigla del paese di nascita dell'assistita codificata secondo il codice internazionale dei veicoli automobilistici.

(14) Compilare se del caso.

(15) Indicare, se esiste.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

E 101 [ ] (1)

CERTIFICATO RELATIVO ALLA LEGISLAZIONE APPLICABILE

Reg. 1408/71: art. 14.1.a; 14.2.b; art. 14bis.1.a; 14bis.2; 14bis.4; 14ter.1; 14ter.2; 14ter.4; 14quater.1.a; art. 17
Reg. 574/72: art. 11.1; 11bis.1; 12bis.2.a; 12bis.5.c; 12bis.7.a

1 ☐ Lavoratore subordinato ☐ Lavoratore autonomo

1.1 Cognome (1 bis)
.....

1.2 Nomi ..... Cognome da nubile (1 bis) .....

1.3 Data di nascita ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (1 ter): .....

1.4 Indirizzo abituale (2): .....
.....

1.5 Numero di matricola: .....

2 ☐ Datore di lavoro ☐ Attività autonoma

2.1 Nome o ragione sociale: .....

2.2 Indirizzo (2): .....
.....

3 Il lavoratore predetto

3.1 ☐ è distaccato o svolgerà un'attività autonoma per un periodo che va, presumibilmente dal ..... al .....

3.2 ☐ è occupato dal .....
☐ svolge un'attività autonoma dal .....

3.3 ☐ presso lo stabilimento seguente: ☐ sulla nave seguente:

3.4 Nome o ragione sociale: .....

3.5 Indirizzo (2): .....
.....

4 Il lavoratore resta soggetto alla legislazione del paese [ ] (1) ai sensi dell'articolo

4.1 ☐ 14.1.a ☐ 14.2.b ☐ 14 bis.1.a ☐ 14 bis.2 ☐ 14 bis.4
☐ 14 ter.1 ☐ 14 ter.2 ☐ 14 ter.4 ☐ 14 quater.1.a ☐ 17
del Reg. n. 1408/71

4.2 ☐ dal ..... al .....

4.3 ☐ per la durata dell'attività
(vedi lettera dell'autorità competente dello Stato membro o dell'organismo designato da dette autorità la cui legislazione è applicabile,
datata ....., rif. .....)

5 Istituzione designata dello Stato membro alla cui legislazione è soggetto il lavoratore

5.1 Denominazione: ..... Numero di codice (2 bis): .....

5.2 Indirizzo (2): .....
.....

5.3 Timbro

5.4 Data: .....

5.5 Firma
.....

E 101

AVVERTENZE

Il presente formulario deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate

L'istituzione designata dello Stato membro alla cui legislazione il lavoratore è soggetto compila il formulario a richiesta del lavoratore o del suo datore di lavoro, e lo consegna al richiedente. Trasmette inoltre un esemplare del formulario all'Office national de sécurité sociale a Bruxelles, ove il lavoratore sia distaccato in Belgio.

Avvertenze per il lavoratore

Prima della vostra partenza per recarvi in uno Stato membro diverso da quello in cui siete assicurato, fatevi rilasciare dalla vostra assicurazione malattia e maternità un formulario E 111 o un formulario E 106, secondo il caso. Il formulario E 111 non è necessario in caso di soggiorno nel Regno Unito.

Se voi personalmente o un vostro familiare necessitate di prestazioni in natura (ad esempio cure mediche, medicinali, ricovero in ospedale, ecc.) nel paese in cui svolgete la vostra attività lavorativa, presentate il formulario E 111 o E 106, secondo il caso, all'istituzione di assicurazione malattia e maternità della località in cui lavorate. Se non disponete di tale formulario, l'istituzione di assicurazione malattia e maternità della località in cui siete occupato lo dovrà richiedere all'istituzione presso la quale siete assicurato. In tal caso, rischiate di dover pagare direttamente le spese occasionate dalla malattia, di pagare onorari più alti e di **ottenere il rimborso con molto ritardo.**

Avvertenze per l'istituzione del luogo di dimora

Se l'interessato è munito dell'attestato su formulario E 111 o E 106, l'istituzione di assicurazione del paese di dimora gli concede inoltre, a titolo provvisorio, le prestazioni in caso d'infortunio sul lavoro o di malattia professionale. In tal caso, se l'istituzione suddetta necessita di un attestato su formulario E 123, deve rivolgersi quanto prima

in **Belgio,** *in caso di malattia professionale, al «Fonds des maladies professionnelles» (Fondo delle malattie professionali) a Bruxelles e in caso d'infortunio sul lavoro alla compagnia d'assicurazione competente, prevista dalla legge, che il datore di lavoro deve indicare; per i lavoratori autonomi, all'«l'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants» (INASTI) (Istituto nazionale della previdenza sociale per i lavoratori autonomi), Bruxelles; per il personale marittimo, alla Cassa marittima competente;*

in **Danimarca,** *all'Istituto nazionale della sicurezza sociale (Sikringsstyrelse), Copenaghen;*

in **Irlanda,** *al «Department of Social Welfare, Record EEC Section» (Ministero della previdenza sociale. Sezione CEE), Dublino 1;*

in **Italia,** *di massima, alla sede provinciale competente dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni (INAIL);*

nel **Lussemburgo,** *all'«Association d'assurance contre les accidents» (Associazione di assicurazione contro gli infortuni);*

in **Portogallo,** *alla «Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais» (Cassa nazionale di assicurazione contro le malattie professionali) a Lisbona;*

in **tutti gli altri Stati membri,** *alla competente istituzione di assicurazione contro le malattie.*

Qualora il lavoratore sia soggetto al regime francese di sicurezza sociale, la cassa competente a riconoscere il diritto alle prestazioni è la cassa cui è affiliato, che può non essere quella indicata sul formulario E 101. I formulari E 111 o E 123 dovranno essere, eventualmente, richiesti alla cassa del luogo di residenza abituale del lavoratore.

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese alla cui legislazione è soggetto il lavoratore: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(1 bis) Per i cittadini spagnoli indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(1 ter) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, anche il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

(2 bis) Indicare, se esiste.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

E 102 ☐ (1)

PROROGA DEL DISTACCO O DELL'ATTIVITÀ AUTONOMA

Reg. 1408/71: art. 14.1.b; 14 bis.1.b; 14 ter.1; 14 ter.2
Reg. 573/72: art. 11.2; 11 bis.2

A. Da compilarsi da parte del datore di lavoro o dal lavoratore autonomo

1 Istituzione destinataria (2)

1.1 Denominazione: .....
1.2 Indirizzo (3): .....
.....

2 ☐ Lavoratore subordinato ☐ Lavoratore autonomo

2.1 Cognome (3 bis)
.....
2.2 Nomi ..... Cognome da nubile (3 bis) .....
2.3 Data di nascita: ..... Cittadinanza: ..... D.N.I. (3 ter): .....
2.4 Indirizzo abituale (3): .....
.....
2.5 Numero di matricola: .....

3. Il lavoratore predetto ☐ è stato distaccato ☐ svolge un'attività autonoma in virtù del seguente articolo
3.1 ☐ 14.1.a ☐ 14 bis.1.a ☐ 14 ter.1 ☐ 14 ter.2 del Reg. 1408/71:
3.2 per il periodo dal ..... al .....

3.3 ☐ presso lo stabilimento seguente: ☐ sulla nave seguente:

3.4 Nome o ragione sociale: .....
3.5 Indirizzo (3): .....
.....

4. Tale lavoratore era portatore di un certificato relativo alla legislazione applicabile (E 101)

4.1 rilasciato dalla seguente istituzione (denominazione e indirizzo) (3):
.....
.....
4.2 il ....., valido sino al .....

5. Si chiede la prosecuzione dell'assoggettamento alla legislazione del paese ☐ (1)
5.1 per il periodo dal ..... al .....(4)

6 ☐ Datore di lavoro ☐ Lavoratore autonomo

6.1 Nome o ragione sociale: .....
6.2 Indirizzo (3): .....
.....
6.3 Timbro

6.4 Data: .....
6.5 Firma
.....

E 102

B. Da compilarsi da parte dell'autorità competente o dell'organismo designato del paese di occupazione (5)

7 Dichiariamo

7.1 ☐ 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)

7.2 per il periodo dal ..... al .....

8 Autorità competente o ente designato del paese di occupazione

8.1 Denominazione: ..... Numero di codice (6): .....

8.2 Indirizzo (3): .....

.....

8.3 Timbro

8.4 Data: .....

8.5 Firma

.....

E 102

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello (in quattro esemplari), utilizzando unicamente le linee apposite punteggiate. Esso è composto di 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione

Avvertenze per il datore di lavoro o per il lavoratore autonomo

a) *La parte A va compilata in quattro esemplari da inviare all'autorità competente o all'organismo designato del paese ove il lavoratore si è trasferito, e cioè:*

per il **Belgio,** *al «Ministère de la Prévoyance sociale» (Ministero della previdenza sociale), Bruxelles, oppure all' «Office National de Sécurité Sociale» (Istituto nazionale della sicurezza sociale), Bruxelles;*

per la **Danimarca,** *al «Sikringsstyrelsen» (Istituto nazionale della sicurezza sociale), Copenaghen;*

per la **Germania,** *al «Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung — Ausland, Bundesverband der Ortskrankenkassen» (Organismo di collegamento per l'assicurazione malattia — Estero, Federazione delle casse locali di malattia), Bonn;*

per la **Grecia,** *in linea di massima, all'ufficio regionale o locale dell'Istituto di assicurazioni sociali (IKA)»; per i marittimi, alla «Cassa dei marittimi»;*

per la **Spagna,** *al «Ministerio de Trabajo y Seguridad Social» (Ministero del lavoro e della sicurezza sociale) a Madrid;*

per la **Francia,** *alla «Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales» (Direzione regionale delle questioni sanitarie e sociali), e, per i lavoratori agricoli subordinati, alla «Direction régionale de l'Agriculture et de la Forêt — Service régional de l'Inspection du Travail, de l'Emploi et de la Politique sociale» (Direzione regionale agricoltura e foreste — Servizio regionale di inspezione del lavoro, dell'occupazione e della politica sociale);*

*per l'***Irlanda,** *al «Departement of Social Welfare» (Ministero della previdenza sociale), Dublino;*

*per l'***Italia,** *al Ministero del lavoro e della previdenza sociale, Roma;*

per il **Lussemburgo,** *all' «Inspection générale de la Sécurité sociale» (Ispettorato generale della sicurezza sociale), Lussemburgo;*

per i **Paesi Bassi,** *al «Ministerie van Sociale Zaken» (Ministero degli affari sociali), L'Aia;*

per il **Portogallo, per il continente,** *al «Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social» (Dipartimento delle relazioni internazionali e convenzioni di sicurezza sociale) a Lisbona;* **per Madera,** *al «Secretario Regional dos Assuntos Sociais» (Segretario regionale degli affari sociali) a Funchal;* **per le Azzorre** *alla «Direcção Regional de Segurança Social» (Direzione regionale della sicurezza sociale) a Angra do Heroismo;*

nel **Regno Unito,** *al «Department of Health and Social Security, Overseas Branch» (Ministero della sanità e della sicurezza sociale, Servizio internazionale), Newcastle-upon-Tyne, oppure al «Ministry of Health and Social Services, Overseas Branch» (Ministero della sanità e dei servizi sociali, Servizio internazionale), Belfast, secondo i casi.*

b) *Due copie dello stampato compilate alla parte B sono inviate al datore di lavoro o al lavoratore autonomo. Il datore di lavoro consegnerà un esemplare al lavoratore subordinato.*

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese ove ha sede l'impresa: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

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

(3) Via, numero, codice postale, località, paese.

(3 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(3 ter) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, anche il numero che figura sulla carta d'identità nazionale, (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(4) Questo periodo non puo andare oltre il 24° mese a decorrere dalla data d'inizio del distacco o dell'attività autonoma nel paese di cui al punto 5.

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

(6) Indicare, se esiste.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

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 secondo le modalità indicate 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 compila la parte B e ne trasmette una copia al lavoratore.

A. Opzione

1 Il sottoscritto

1.1 Cognome (1 bis)
.....

1.2 Nomi ..... Cognome da nubile (1 bis) .....

1.3 Data di nascita ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (1 ter) .....

1.4 Indirizzo (2): .....
.....

1.5 Numero di matricola: .....

2 occupato dal .....

2.1 (3) ☐ in qualità di ..... presso la missione diplomatica all'ufficio consolare
.....

2.2 (3) ☐ in qualità di (4) .....
al servizio privato del seguente datore di lavoro (5) .....
che appartiene alla missione diplomatica all'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) ☐ danese (6) ☐ tedesca (6) ☐ greca (6) ☐ spagnola
(6) ☐ francese (6) ☐ irlandese (6) ☐ italiana (6) ☐ lussemburghese (6) ☐ olandese
(6) ☐ portoghese (6) ☐ del Regno Unito

4 Località e data: .....

5 Firma
.....

6 Autorità delle Comunità europee che ha concluso il contratto con l'agente

6.1 Denominazione: .....

6.2 Indirizzo (2): .....
.....

6.3 Timbro

6.4 Data: .....

6.5 Firma
.....

E 103

B. Attestato

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

(6) ☐ belga ☐ danese ☐ tedesca ☐ greca ☐ spagnola
(6) ☐ francese ☐ irlandese ☐ italiana ☐ lussemburghese ☐ olandese
(6) ☐ portoghese ☐ del Regno Unito

7.1 a partire dal .....

7.2 e per il periodo durante il quale egli permane nell'occupazione indicata nella parte A (7)

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 tre esemplari), utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso è composto di 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, 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» (Istituto nazionale della sicurezza sociale), Bruxelles;*

per la **Danimarca,** *al «Sikringsstyrelsen» (Istituto nazionale della sicurezza sociale), Copenaghen;*

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

per la **Grecia,** *all'ufficio regionale o locale dell'Istituto di assicurazioni sociali (IKA);*

per la **Spagna,** *l'«Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Istituto nazionale della sicurezza sociale) a Madrid;*

per la **Francia,** *alla «Caisse primaire centrale d'assurance-maladie de la région parisienne» (Cassa primaria di assicurazione malattia della regione parigina);*

*per l'***Irlanda,** *al «Department of Social Welfare» (Ministero della previdenza sociale), Dublino;*

*per l'***Italia,** *alla sede provinciale competente dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS);*

per il **Lussemburgo,** *all' «Inspection générale de la Sécurité sociale» (Ispettorato generale della sicurezza sociale), Lussemburgo;*

per i **Paesi Bassi,** *al «Sociale Verzekeringsraad» (Consiglio delle assicurazioni sociali), l'Aia;*

per il **Portogallo,** *al «Departamento de Relações Internacionais en Convenções de Segurança Social» (Dipartimento delle relazioni internazionali e convenzioni di sicurezza sociale) a Lisbona;*

per il **Regno Unito,** *al «Department of Health and Social Security, Overseas Branch» (Ministero della sanità e della sicurezza sociale, Servizio internazionale), Newcastle-upon-Tyne oppure al «Ministry of Health and Social Services, Overseas Branch» (Ministero della sanità e del servizi sociali, Servizio internazionale) Belfast, secondo i casi.*

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 riquadro 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 (vedi precedente lettera a).*

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese di occupazione del lavoratore: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(1 bis) Per i cittadini spagnoli Indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(1 ter) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, anche il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(2) Via, numero, codice postale, località, 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 nome del datore di lavoro.

(6) Riportare una X nel quadratino che precede l'indicazione che interessa. Si tenga presente che i lavoratori che prestano servizio presso missioni diplomatiche od uffici consolari nonché coloro che sono addetti al servizio personale di un funzionario delle suddette missioni od uffici possono optare solo per la legislazione della sicurezza sociale dello Stato di cui sono cittadini.

(7) I lavoratori che prestano servizio presso missioni diplomatiche od uffici consolari nonché coloro che sono addetti al servizio di un funzionario di tali missioni od uffici possono optare nuovamente allo scadere di ogni anno civile.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

E 104 [ ] (1)

ATTESTATO CONCERNENTE LA TOTALIZZAZIONE DEI PERIODI DI ASSICURAZIONE, DI OCCUPAZIONE O DI RESIDENZA

Malattia — maternità — morte (assegno) — tubercolosi

Reg. 1408/71: art. 9.2; art. 18.1; art. 64
Reg. 574/72: art. 6.2; 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 compila 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 Istituzione

1.1 Denominazione: .....
1.2 Indirizzo (2): .....
.....

2 Assicurato

2.1 Cognome (2 bis)
.....
2.2 Nomi ..... Cognome da nubile (2 bis) ..... Data di nascita .....
2.3 Numero di matricola: .....
2.4 A decorrere dalla data indicata al punto 3.1, l'assicurato ha esercitato un'attività
[ ] subordinata [ ] autonoma in (3) .....
2.5 [ ] Nome o ragione sociale dell'ultimo datore di lavoro
[ ] Ultima attività autonoma esercitata
.....
Indirizzo (2): .....
.....
2.6 [ ] Datori di lavoro precedenti (4) [ ] Attività autonome precedenti
(Nome o ragione sociale e indirizzo) (2): .....
....
....
....
....

3 Per dare seguito ad una domanda presentata dalla persona soprannominata si prega di comunicare i periodi di assicurazione, di occupazione o di residenza che
3.1 a decorrere dal .....
3.2 la persona stessa ha compiuto, in forza della legislazione di codesto Stato, per il rischio di:
[ ] malattia e maternità (5) [ ] morte (assegno) [ ] tubercolosi

4 Istituzione competente

4.1 Denominazione: ..... Numero di codice (5 bis): .....
4.2 Indirizzo (2): .....
.....
4.3 Timbro
4.4 Data: .....
4.5 Firma
.....

Parte B

5 Assicurato (6)

5.1 Cognome (2 bis)

.....

5.2 Nomi ..... Cognome da nubile (2 bis) ..... Data di nascita .....

5.3 Numero di matricola: .....

6 La persona indicata ☐ al quadro 2 ☐ al quadro 5
ha compiuto ☐ nel corso degli ultimi 3 anni (8)
☐ dal .....

7 i seguenti periodi di assicurazione o di occupazione, per le prestazioni seguenti: ☐ (5) (7)

7.1	dal	.....	al	.....	(9)	per (10) il rischio	.....	☐ (11)
7.2	dal	.....	al	.....	(9)	per (10) il rischio	.....	☐ (11)
7.3	dal	.....	al	.....	(9)	per (10) il rischio	.....	☐ (11)
7.4	dal	.....	al	.....	(9)	per (10) il rischio	.....	☐ (11)
7.5	dal	.....	al	.....	(9)	per (10) il rischio	.....	☐ (11)
7.6	dal	.....	al	.....	(9)	per (10) il rischio	.....	☐ (11)
7.7	dal	.....	al	.....	(9)	per (10) il rischio	.....	☐ (11)
7.8	dal	.....	al	.....	(9)	per (10) il rischio	.....	☐ (11)
7.9	dal	.....	al	.....	(9)	per (10) il rischio	.....	☐ (11)
7.10	dal	.....	al	.....	(9)	per (10) il rischio	.....	☐ (11)

8 i seguenti periodi di residenza:

8.1	dal	.....	al	.....	(9)	per (10) il rischio	.....	☐ (11)
8.2	dal	.....	al	.....	(9)	per (10) il rischio	.....	☐ (11)
8.3	dal	.....	al	.....	(9)	per (10) il rischio	.....	☐ (11)
8.4	dal	.....	al	.....	(9)	per (10) il rischio	.....	☐ (11)
8.5	dal	.....	al	.....	(9)	per (10) il rischio	.....	☐ (11)
8.6	dal	.....	al	.....	(9)	per (10) il rischio	.....	☐ (11)
8.7	dal	.....	al	.....	(9)	per (10) il rischio	.....	☐ (11)
8.8	dal	.....	al	.....	(9)	per (10) il rischio	.....	☐ (11)
8.9	dal	.....	al	.....	(9)	per (10) il rischio	.....	☐ (11)
8.10	dal	.....	al	.....	(9)	per (10) il rischio	.....	☐ (11)

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, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso è composto di 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila per prima lo stampato: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

(2 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(3) Indicare lo Stato membro.

(4) Compilare se possibile.

(5) Unicamente se l'istituzione destinataria è belga, greca o francese indicare il rischio mediante le sigle seguenti: N = prestazioni in natura; E = indennità.

(5 bis) Indicare, se esiste.

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

(7) Se l'attestato è destinato ad una istituzione italiana, al fine di ottenere le prestazioni (in danaro) dell'assicurazione tubercolosi è sufficiente che l'interessato abbia versato un anno di contributi.

(8) Da compilare soltanto ove si tratti di una istituzione competente irlandese o del Regno Unito.

(9) Se l'attestato è destinato a un'istituzione greca, indicare se si tratta di periodi di attività subordinata o autonoma, utilizzando il codice seguente:
D = subordinata
I = autonoma.

(10) Indicare il rischio previsto utilizzando il seguente codice:
A = malattia e maternità; B = morte (assegno); C = tubercolosi.

(11) Se l'istituzione competente è un'istituzione tedesca, irlandese o del Regno Unito, riportare una X nel quadratino, sempreché il periodo di assicurazione o di residenza corrisponda ad un effettivo periodo di occupazione e precisare in appresso la natura dell'attività subordinata o autonoma:

.....

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

E 105 ☐ (1)

ATTESTATO RIGUARDANTE I FAMILIARI DEL LAVORATORE SUBORDINATO O AUTONOMO 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 compilarsi da parte dell'istituzione di assicurazione malattia o da parte di un'istituzione designata del luogo di residenza dei familiari e da consegnare al lavoratore.

1 ☐ Lavoratore subordinato ☐ Lavoratore autonomo

1.1 Cognome (1 bis)
.....

1.2 Nomi ..... Cognome da nubile (1 bis) ..... Data di nascita .....

1.3 Indirizzo nel paese di residenza o di dimora (2)
.....
.....

1.4 Numero di matricola: .....

2 Familiari del lavoratore suindicato

	Cognome (1 bis)	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita	Rappporto di parentela
2.2	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
2.3	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
2.4	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
2.5	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
2.6	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
2.7	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
2.8	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
2.9	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....

3 Istituzione del luogo di residenza dei familiari

3.1 Denominazione: .....
3.2 Indirizzo (2): .....
.....
3.3 Timbro

3.4 Data: .....
3.5 Firma
.....

E 105

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate

Avvertenze per il lavoratore

a) Qualora possiate fruire di prestazioni in denaro per inabilità al lavoro in Belgio, Germania, Grecia, Francia, Irlanda, Portogallo o nel Regno Unito, paesi la cui legislazione prevede che l'importo di dette prestazioni possa variare in funzione dei familiari, dovete produrre il presente attestato all'organismo assicuratore presso il quale siete iscritti.

b) L'attestato è valido per un periodo di 12 mesi a decorrere dalla data del suo rilascio (vedi punto 3.4). Alla scadenza di tale validità potete chiederne il rinnovo all'istituzione del luogo di residenza dei vostri familiari (vedi punti 3.1 e 3.2).

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

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(1 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

E 106 ☐ (1)

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

Lavoratori subordinati e autonomi e familiari con loro residenti — Familiari di disoccupati

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

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

A. Notifica del diritto

1 Istituzione del luogo di residenza (2)

1.1 Denominazione: ..... Numero di codice (2 bis): .....
1.2 Indirizzo (3): .....
.....
1.3 Riferimento al vostro modulo E 107 del .....

2 ☐ Lavoratore ☐ Lavoratore subordinato
☐ Lavoratore frontaliero (3 bis) ☐ Disoccupato

2.1 Cognome (3 ter)
.....
2.2 Nomi ..... Cognome da nubile (3 ter) ..... Data di nascita .....
2.3 Indirizzo nel paese di residenza (3): .....
.....
2.4 Numero di matricola: .....
2.5 Il lavoratore ☐ è ☐ non è un lavoratore delle miniere o di un'impresa assimilata
2.6 ☐ il lavoratore è soggetto ad un regime per lavoratori autonomi di cui all'allegato 11 del Reg. 574/72

3 Familiare (4)

3.1 Cognome (3 ter)
.....
3.2 Nomi ..... Cognome da nubile ..... Data di nascita .....
3.3 Indirizzo nel paese di residenza (3): .....
.....

4 ☐ Il lavoratore sopraindicato ed i familiari (5) con lui residenti
4.1 ☐ I familiari (5) del disoccupato sopraindicato
5 hanno diritto alle prestazioni in natura per malattia e maternità
dal .....

6 Tale diritto si protrae

6.1 ☐ fino a quando non sia stato notificato l'annullamento del presente attestato
6.2 ☐ per un anno dal giorno del rilascio del presente attestato (6)
6.3 ☐ fino al ..... compreso (7)

7 Istituzione competente per la malattia-maternità

7.1 Denominazione: ..... Numero di codice (7 bis): .....
7.2 Indirizzo (3): .....
.....
7.3 Timbro

7.4 Data: .....
7.5 Firma
.....

8 Istituzione competente per gli infortuni nella vita privata (8)

8.1 Denominazione: ..... Numero di codice (7 bis): .....
8.2 Indirizzo (3): .....
.....
8.3 Timbro

8.4 Data: .....
8.5 Firma
.....

B. Notifica dell'iscrizione (9)

9

9.1 ☐ Il lavoratore indicato al quadro 2 con i familiari
9.2 ☐ I familiari del disoccupato indicato al quadro 2
9.3 ☐ sono stati iscritti presso la sottoscritta istituzione dal .....
9.4 ☐ non sono stati iscritti presso la sottoscritta istituzione per il seguente motivo
.....

10 Familiari iscritti

	Cognome (3 ter)	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
10.2	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
10.3	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
10.4	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
10.5	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
10.6	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
10.7	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
10.8	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
10.9	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

11 Istituzione del luogo di residenza

11.1 Denominazione: .....
11.2 Indirizzo (3): .....
.....
11.3 Timbro

11.4 Data: .....
11.5 Firma
.....

E 106

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso è composto di 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, 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 occupati;**
   — *unicamente ai vostri familiari che risiedono in uno Stato membro diverso da quello nel quale siete assicurato,* **se siete disoccupati.**

b) *Se siete occupati, dovete consegnare le due copie del formulario al più presto all'istituto di assicurazione malattia e maternità del luogo dove risiedete. Se siete disoccupati, il formulario deve essere consegnato dai vostri familiari all'istituto di assicurazione malattia-maternità del luogo in cui essi risiedono.*

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

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

   in **Danimarca,** *al competente «amtskommune» (amministrazione comunale); nel comune di Copenaghen; al «magistrat» e nel comune di Frederiksberg; alla «kommunalbestyrelse»;*

   in **Germania,** *all'«AOK» (Cassa generale locale di malattia);*

   in **Grecia,** *in linea di massima, all'«ufficio regionale o locale dell'Istituto di assicurazioni sociali (IKA)» che consegna all'interessato un libretto sanitario in mancanza del quale le prestazioni in natura non sono concesse;*

   in **Spagna** *«Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Direzione provinciale dell'Istituto nazionale della sicurezza sociale) del luogo di residenza;*

   in **Francia,** *alla «Caisse primaire d'assurance maladie» (Cassa primaria di assicurazione malattia); se si è contrassegnata la casella del punto 2.5, alla «Société de secours minière» (Società di soccorso minerario); se si è contrassegnata la casella del punto 2.6, all'istituzione convenzionata;*

   in **Irlanda,** *all' «Health Board» (Ufficio sanitario) nella cui circoscrizione è richiesta l'assistenza;*

   in **Italia,** *in linea di massima, all'Unità sanitaria locale (USL) competente per il territorio; per i marittimi e il personale navigante dell'aviazione civile, al Ministero della sanità, Ufficio di sanità marittima o aerea;*

   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), competente per il luogo di residenza;*

   in **Portogallo, per il continente:** *al «Centro Regional de Segurança Social» (Centro regionale della sicurezza sociale) del luogo di residenza;* **per Madera:** *alla «Direcção Regional de Segurança Social» (Direzione regionale della sicurezza sociale) a Funchal;* **per le Azzorre:** *alla «Direcção Regional de Segurança Social» (Direzione regionale della sicurezza sociale) a Angra do Heroísmo;*

   nel **Regno Unito,** *al «Department of Health and Social Security, Overseas Branch» (Ministero della sanità e della sicurezza sociale, Servizio internazionale), Newcastle-upon-Tyne, oppure al «Ministry of Health and Social Services, Overseas Branch» (Ministero della sanità e dei servizi sociali, Servizio internazionale), Belfast, secondo i casi.*

d) *Agli effetti del diritto alle prestazioni in natura, il presente formulario è valido per il periodo indicato con una X nel riquadro 6, a partire dalla data riportata al punto 5.*

e) *Voi od i vostri familiari siete tenuti ad informare l'istituzione alla quale il formulario è stato presentato di qualsiasi cambiamento avvenuto 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 vostra o dei vostri familiari.*

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A dello stampato: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

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

(2 bis) Indicare, se noto.

(3) Via, numero, codice postale, località, paese.

(3 bis) Se si tratta di un lavoratore frontaliero, barrare anche la casella «subordinato» o «autonomo», secondo il caso.

(3 ter) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

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

(5) I familiari aventi diritto si individuano secondo la legislazione del paese di residenza.

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

(7) Se lo stampato è rilasciato da un'istituzione francese di lavoratori autonomi o da un'istituzione del Regno Unito di lavoratori subordinati o autonomi.

(7 bis) Indicare, se esiste.

(8) Da compilare da parte delle istituzioni francesi di lavoratori autonomi.

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

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

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.i.; art. 26.1; art. 28.1.a.; art. 29.1.a; art 31.a; art. 52.a; art. 55.1. a.i, b.i e c.i
Reg. 574/72: art. 17.1; art. 20.2 e 3; 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 e 3; 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 — compila la parte B e rinvia una copia dello stampato all'istituzione che glielo aveva inviato. Per il Belgio, paese competente, lo stampato deve essere indirizzato 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 compilarsi da parte dell'istituzione di residenza o di dimora

1 Istituzione

1.1 Denominazione: .....
1.2 Indirizzo (2): .....
.....

2

[ ] Lavoratore subordinato
[ ] Lavoratore autonomo
[ ] Disoccupato
[ ] Titolare di pensione o rendita (regime dei lavoratori subordinati)
[ ] Titolare di pensione o rendita (regime dei lavoratori autonomi)
[ ] Richiedente la pensione o rendita

2.1 Cognome (2 bis)
.....

2.2 Nomi ..... Cognome da nubile (2 bis) ..... Data di nascita .....

2.3 Indirizzo abituale (2): .....
.....

2.4 Numero di matricola (2 ter): .....

2.5 [ ] Titolare di [ ] Richiedente la pensione o rendita di

[ ] vecchiaia [ ] invalidità [ ] superstiti
[ ] infortunio sul lavoro [ ] malattia professionale

N. ..... (3) categoria: ..... (3)

2.6 Istituzione debitrice della pensione o rendita
.....

3 [ ] Ultimo datore di lavoro (4) [ ] Ultima attività in qualità di autonomo (4)

3.1 Nome o ragione sociale: .....
3.2 Indirizzo (2): .....
.....
3.3 Tipo di azienda (5): .....
3.4 Istituzione di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro alla quale è iscritto il datore di lavoro (5 bis): .....
.....
.....
.....

4 Familiari ([6])

4.1 Cognome ([2 bis])	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

4.2 Indirizzo ([2]) nel paese di residenza ([7]): .....
.....

5 Il ..... abbiamo ricevuto domanda dalla persona indicata
☐ al quadro 2 ☐ al quadro 4
per ottenere
5.1 ☐ la concessione di prestazioni in natura
5.2 ☐ la proroga del diritto alle prestazioni in natura
5.3 ☐ l'iscrizione a questa istituzione come avente diritto alle prestazioni in natura
6 Le prestazioni in natura ☐ sono state concesse ☐ non sono state concesse
6.1 ai sensi dell'art. ☐ 20.3 ☐ 29.2 ☐ 60.1 ☐ 62.3 del reg. 574/72
6.2 Il richiedente ☐ non ha più espletato un'attività
☐ ha espletato la seguente attività: .....
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 ([8])

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 compilarsi da parte dell'istituzione competente

10

10.1 ☐ Si allega il formulario, del quale deve esserci resa una copia, compilata e firmata([9]).

10.2 ☐ Si notifica di non poter rilasciare l'attestato richiesto nella parte A per il seguente motivo
.....
.....

11 Istituzione competente

11.1 Denominazione: ..... Numero di codice ([10]): .....
11.2 Indirizzo ([2]): .....
.....
11.3 Timbro
11.4 Data: .....
11.5 Firma
.....

E 107

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello utilizzando unicamente le linee apposite punteggiate. Esso è composto di 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, 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; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

(2 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(2 ter) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

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

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

(5) Da indicare solo se lo stampato riguarda un lavoratore subordinato vittima presumibilmente di un infortunio sul lavoro.

(5 bis) Per la Spagna: «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» o «Mutua Patronal» (Direzione provinciale dell'Istituto nazionale della sicurezza sociale o Cassa mutua dei datori di lavoro), a seconda dei casi. Se si tratta di una cassa mutua dei datori di lavoro, indicarne la denominazione e la sede.

(6) Da compilare solo nei casi di 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.

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

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

(9) Ad uso delle istituzioni olandesi e se il tipo di formulario da rinviare lo consente.

(10) Indicare, se esiste.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

E 108 ☐ (1)

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

Residenti in un paese diverso da quello competente

Reg. 1408/71: art. 19.1.a e 2; art. 25.3.i; art. 26.1; art. 28.1.a; art. 29.1.a
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 compila la parte A dello stampato e trasmette due copie dello stampato stesso all'istituzione del luogo di residenza, eventualmente tramite l'organismo di collegamento. Quest'ultima istituzione compila la parte B e — al più presto — invia un esemplare del modulo all'istituzione competente.

A. Notifica

1 All'istituzione destinataria

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (2): .....

.....

2

☐ Disoccupato
☐ Lavoratore subordinato
☐ Lavoratore autonomo
☐ Lavoratore frontaliero
☐ Richiedente la pensione o rendita
☐ Titolare di pensione o rendita (regime dei lavoratori subordinati)
☐ Titolare di pensione o rendita (regime dei lavoratori autonomi)

2.1 Cognome (2 bis)

.....

2.2 Nomi ..... Cognome da nubile (2 bis) ..... Data di nascita .....

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

.....

2.4 Numero di matricola: .....

3 Familiare (3)

3.1 Cognome (2 bis)

.....

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

3.3 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 ☐ il lavoratore predetto non è più assicurato presso la sottoscritta istituzione dal .....
4.2 ☐ la pensione o rendita predetta è sospesa/soppressa dal .....
4.3 ☐ tutte le persone che erano iscritte all'istituzione in indirizzo, non risiedono più nel vostro paese dal .....
4.4 ☐ il titolare è deceduto il .....
4.5 ☐ (4) .....

E 108

5 Istituzione competente

5.1 Denominazione: ..... Numero di codice (5): .....

5.2 Indirizzo (2): .....

.....

5.3 Timbro

5.4 Data: .....

5.5 Firma

.....

B. Avviso di ricezione della notifica

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

.....

7 ☐ La persona di cui alla parte A
☐ non ha più beneficiato
☐ non beneficerà più

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

di prestazioni a decorrere dal

.....

8 Istituzione del luogo di residenza

8.1 Denominazione: .....

8.2 Indirizzo (2): .....

.....

8.3 Timbro

8.4 Data: .....

8.5 Firma

.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A dello stampato: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

(2 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(3) 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 di essi.

(4) Indicare l'eventuale altro motivo (per esempio mancato versamento dei contributi per i lavoratori autonomi).

(5) Se esiste, indicare.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

E 109 ☐ (1)

ATTESTATO PER L'ISCRIZIONE DEI FAMILIARI DEI LAVORATORI SUBORDINATI O AUTONOMI E PER LA TENUTA DEGLI INVENTARI

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. Qualora i familiari del lavoratore risiedano nel Regno Unito, l'istituzione competente trasmette i due esemplari al Department of Health and Social Security, Overseas Branch, Newcastle-upon-Tyne. L'istituzione del luogo di residenza — ricevute le copie citate — compila 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 ☐ Lavoratore subordinato ☐ Lavoratore autonomo ☐ Lavoratore stagionale subordinato

2.1 Cognome (3 bis)
.....
2.2 Nomi ..... Cognome da nubile (3 bis) ..... Data di nascita .....
2.3 Indirizzo (3): .....
.....
2.4 Numero di matricola: .....
2.5 Il lavoratore ☐ è ☐ non è un lavoratore delle miniere o di un'impresa assimilata

2.6 ☐ Il lavoratore è soggetto ad un regime per lavoratori autonomi di cui all'allegato 11 del Reg. 574/72

3 Familiare (4)

3.1 Cognome (3 bis)
.....
3.2 Nomi ..... Cognome da nubile ..... Data di nascita .....
3.3 Indirizzo (3): .....
.....

4 I familiari del lavoratore di cui sopra hanno diritto alle prestazioni in natura dell'assicurazione malattia e maternità a meno che
☐ non abbiano già diritto a tali prestazioni a norma della legislazione dello Stato ove risiedono (5)

☐ vi esercitino un'attività professionale (5)

5 Questo diritto decorre dal .....

6 e si protrae

6.1 ☐ fino a quando non sarà notificato l'annullamento del presente attestato
6.2 ☐ per un anno dal giorno del rilascio del presente attestato (6)
6.3 ☐ sino alla fine del lavoro stagionale prevista e cioè
6.4 ☐ fino al (7) ..... incluso

7 Istituzione competente

7.1 Denominazione: ..... Numero di codice (7 bis) .....
7.2 Indirizzo (3): .....
.....
7.3 Timbro

7.4 Data: .....
7.5 Firma
.....

B. Notifica dell'iscrizione (8)

8 ☐ (9)

8.1 I familiari del lavoratore di cui al quadro 2 non hanno potuto essere iscritti perché
8.2 ☐ non esiste alcun familiare avente diritto
8.3 ☐ tutti i familiari hanno già diritto alle prestatzioni in natura a norma di quanto previsto dalla legislazione di questo Stato
8.4 ☐ il coniuge o la persona che ha cura dei figli esercita un'attività professionale nel nostro paese (10)
8.5 ☐ non è stato presentato lo stato di famiglia richiesto
8.6 ☐ (11) .....

9 ☐ (9)

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

	Cognome (3 bis)	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
9.3	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
9.8	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
9.9	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

9.10 L'onere delle citate prestazioni è a vostro carico, la data di decorrenza per il conteggio del forfait di cui all'art. 94 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 109

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello utilizzando unicamente le linee apposite punteggiate. Esso è composto di 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, 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 o 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* **immediatamente** *all'istituto di assicurazione malattia e maternità del luogo dove risiedono, e cioè:*

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

in **Danimarca,** *al competente «amtskommune» (amministrazione comunale); nel comune di Copenaghen, al «magistrat» e nel comune di Frederiksberg; alla «kommunalbestyrelse»;*

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

in **Grecia,** *in linea di massima, all'ufficio regionale o locale dell'Istituto di assicurazioni sociali (IKA), che consegna all'interessato un libretto sanitario in mancanza del quale le prestazioni in natura non sono concesse;*

in **Spagna,** *alla «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Direzione provinciale dell'Istituto nazionale della sicurezza sociale);*

in **Francia,** *alla «Caisse primaire d'assurance-maladie» (Cassa primaria di assicurazione malattia); se si è contrassegnata la casella del punto 2.5, alla «Société de secours minière» (Società di soccorso minerario); se si è contrassegnata la casella del punto 2.6, all'istituzione convenzionata;*

in **Irlanda,** *all'«Health Board» (Ufficio sanitario) nella cui circoscrizione è richiesta l'assistenza;*

in **Italia,** *all'Unità sanitaria locale (USL) competente per territorio;*

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;*

in **Portogallo, per il continente:** *il «Centro Regional de Segurança Social» (Centro regionale della sicurezza sociale) del luogo di residenza;* **per Madera,** *alla «Direcção Regional de Segurança Social» (Direzione regionale della sicurezza sociale) a Funchal;* **per le Azzorre,** *alla «Direcção Regional de Segurança Social» (Direzione regionale della sicurezza sociale) a Angra do Heroismo.*

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; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

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

(3) Via, numero, codice postale, località, paese.

(3 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(4) Indicare un solo familiare.

(5) Riportare una X nel quadratino precedente, se il formulario è destinato ad una istituzione danese, irlandese o del Regno Unito.

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

(7) Se lo stampato è emesso da un'istituzione francese di lavoratori autonomio da un'istituzione del Regno Unito di lavoratori subordinati o autonomi.

(7 bis) Indicare, se esiste.

(8) Ove il presente attestato sia già stato rilasciato per innovare 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) Dei due quadri 8 e 9 compilare quello che interessa e riportare una X nel quadratino relativo al quadro stesso.

(10) Riportare se del caso, una X, nel quadratino precedente, qualora la parte B sia compilata da una istituzione irlandese, danese o del Regno Unito.

(11) Altri motivi.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2 e 3

E 110 [ ] (1)

ATTESTATO PER LAVORATORI SUBORDINATI ADDETTI AI TRASPORTI INTERNAZIONALI

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

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

A. Attestato iniziale

1 Lavoratore

1.1 Cognome (1 bis)
.....

1.2 Nomi ..... Cognome da nubile (1 bis) .....

1.3 Data di nascita ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (1 ter) .....

1.4 Indirizzo abituale (2):
.....

2 Familiari che accompagnano il capo famiglia

	Cognome (1 bis)	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
2.1	.....	.....	.....	.....
2.2	.....	.....	.....	.....
2.3	.....	.....	.....	.....
2.4	.....	.....	.....	.....
2.5	.....	.....	.....	.....
2.6	.....	.....	.....	.....
2.7	.....	.....	.....	.....
2.8	.....	.....	.....	.....

3 Istituzione competente per l'assicurazione

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

3.2 malattie professionali (denominazione, indirizzo) (2) (3):
.....
.....

4 Il sottoscritto attesta che il soprannominato lavoratore subordinato di cui sopra è al suo servizio dal .....

E 110

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 (4) (5)

6.1 Denominazione: .....

6.2 Indirizzo (2): .....

.....

6.3 Numero di matricola del lavoratore subordinato: .....

6.4 Data: .....

6.5 Firma del lavoratore subordinato

.....

6.6 Firma del datore di lavoro o di un suo incaricato

.....

B. Convalide successive (6)

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
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello utilizzando unicamente le linee apposite punteggiate. Esso è composto di 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine 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 punti 5.5 e 8).*

b) *Nei limiti della predetta validità esso consente a voi, ed ai vostri familiari 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 o maternità:**

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

in **Danimarca,** *al competente «amtskommune» (amministrazione comunale); nel comune di Copenhagen; al «magistrat» e nel comune di Frederiksberg; alla «Kommunalbestyrelse». Si possono ottenere l'assistenza medica, odontoiatrica e i medicinali direttamente senza richiederli preventivamente agli enti sopraindicati. Il formulario dev'essere presentato ad ogni richiesta di prestazioni. Il locale ufficio sociale e di sanità, «social- og sundhedsforvaltning», fornisce informazioni sui medici ed i dentisti ai quali ci si può rivolgere;*

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

in **Grecia,** *in linea di massima, all'Ufficio regionale o locale dell'Istituto di assicurazioni sociali (IKA), che consegna all'interessato un libretto sanitario in mancanza del quale le prestazioni in natura non sono concesse;*

in **Spagna,** *alla «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Direzione provinciale dell'Istituto nazionale della sicurezza sociale);*

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

in **Irlanda,** *all'«Health Board» (Ufficio sanitario) nella cui circoscrizione è richiesta l'assistenza;*

in **Italia,** *all'Unità sanitaria locale (USL) competente per il territorio;*

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), Utrecht. Si può ottenere l'assistenza del medico, del dentista e del farmacista direttamente senza contatti preliminari con l'ANOZ;*

in **Portogallo, per il continente;** *all'«Administração Regional de Saúde» (Amministrazione regionale della Sanità) del luogo di dimora;* **per Madera;** *alla «Direcção Regional de Saúde Publica» (Direzione regionale della Sanità) a Funchal;* **per le Azzorre:** *alla «Direcção Regional de Saúde» (Direzione regionale della Sanità) a Angra do Heroísmo;*

nel **Regno Unito,** *al servizio medico (medico, dentista, ospedale, ecc.) cui è richiesta l'assistenza;*

— **in caso di infortunio sul lavoro o di malattia professionale:**

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

in **Danimarca,** *vedi qui sopra, per i casi di malattia o di maternità;*

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

in **Grecia,** *in linea di massima, all'«ufficio regionale o locale dell'istituto di assicurazioni sociali (IKA)» che consegna all'interessato un libretto sanitario in mancanza del quale le prestazioni in natura non sono concesse;*

in **Spagna,** *alla «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Direzione provinciale dell'Istituto nazionale della sicurezza sociale);*

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

in **Irlanda,** *all'«Health Board» (Ufficio sanitario) nella cui circoscrizione è richiesta l'assistenza;*

in **Italia,**

a) *per le prestazioni in natura, all'Unità sanitaria locale (USL) competente per territorio,*
b) *per le protesi, i grandi apparecchi, le prestazioni medico-legali e gli esami e certificati medici, alla sede provinciale dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni (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) Utrecht. Si può ottenere l'assistenza del medico, del dentista e del farmacista direttamente, senza contatti preliminari con l'ANOZ;*

in **Portogallo** *alla «Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais» (Cassa nazionale di assicurazione contro le malattie professionali) a Lisbona;*

nel **Regno Unito,** *al servizio (medico, dentista, ospedale, ecc.) cui è richiesta l'assistenza.*

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 un modulo E 111.

NOTE

(1) Indicare la sigla dei paese ove ha sede l'impresa: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(1bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(1ter) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, anche il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

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

(4) 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.

(5) Per i Paesi Bassi si indichi la cassa malattia (ziekenfonds).

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

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

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.a
Reg. 574/72: art. 20.4.; art. 21.1; art. 23; art. 31.1 e 3

1

☐ Lavoratore subordinato
☐ Lavoratore autonomo
☐ Titolare di pensione o rendita (regime lavoratori subordinati)
☐ Titolare di pensione o rendita (regime lavoratori autonomi)
☐ Altro

(Cognome (1 bis), Cognome da nubile (1 bis), Nomi, Indirizzo (2))

1.1 Numero di matricola: ..... Data di nascita: .....

1.2 ☐ Questa persona è assicurata in un regime per lavoratori autonomi di cui all'allegato 11 del regolamento (CEE) n. 574/72

2 Familiari (3)

2.1 Cognome (1 bis)	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

2.2 Indirizzo abituale (2) (4): .....
.....

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

3.1 (5) ☐ dal ..... al ..... incluso

3.2 (5) ☐ con decorrenza dal .....

3.3 (5) ☐ per i casi di malattia verificatisi
dal ..... al ..... incluso

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

E 111

4	Istituzione competente

4.1 Denominazione: ..... Numero di codice (6): .....
4.2 Indirizzo (2): .....
.....
4.3 Timbro

4.4 Data: .....
4.5 Firma
.....

4.6 Convalida dal ..... al	4.10 Convalida dal ..... al .....
4.7 Timbro 4.8 Data:	4.11 Timbro 4.12 Data: .....
4.9 Firma	4.13 Firma .....

5	Istituzione competente francese per gli infortuni della vita privata dei lavoratori autonomi agricoli

5.1 Denominazione: ..... Numero di codice (6): .....
5.2 Indirizzo (2): .....
.....
5.3 Timbro

5.4 Data: .....
5.5 Firma
.....

(2)

E 111

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le linee apposite punteggiate. Esso è composto di 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione

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. In caso di soggiorno nel Regno Unito, il presente stampato non è necessario.

Avvertenze per l'assicurato e per i familiari:

a) *Il presente documento consente:*
   - *al lavoratore e ai familiari elencati al quadro 2 che si trovino temporaneamente in un paese diverso dallo Stato competente e in caso di necessità immediata;*
   - *al titolare di pensione o rendita ed ai suoi familiari indicati al quadro 2 che si trovino temporaneamente in un paese (paese di dimora) diverso da quello ove risiedono abitualmente,*

   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 o di malattia professionale.

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

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

   in **Danimarca,** *al competente «amtskommune» (amministrazione comunale); nel comune di Copenaghen, al «magistrat» e nel comune di Frederiksberg, alla «kommunalbestyrelse». Si possono ottenere l'assistenza medica, odontoiatrica ed i medicinali direttamente senza richiederli preventivamente agli enti sopraindicati. Il formulario dev'essere presentato ad ogni richiesta di prestazioni. Il locale ufficio sociale e di sanità («social- og sundhedsforvaltning») fornisce informazioni sui medici ed i dentisti ai quali ci si può rivolgere;*

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

   in **Grecia,** *in generale, all'ufficio regionale o locale dell'Istituto di assicurazioni sociali (IKA), che rilascerà all'interessato un libretto sanitario,* **senza il quale le prestazioni in natura non vengono concesse;**

   in **Spagna** *alla «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Direzione provinciale dell'Istituto nazionale della sicurezza sociale);*

   in **Francia,** *alla «Caisse primaire d'assurance-maladie» (Cassa primaria di assicurazione malattia); se la casella 1.2 è sbarrata, all'«organisme conventionnée» (ente convenzionato);*

   in **Irlanda** *all' «Health Board» (Ufficio sanitario) nella cui circoscrizione è richiesta l'assistenza;*

   in **Italia,** *per la totalità degli assistiti, all'Unità sanitaria locale (USL) competente per territorio; per il personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile, al Ministero della sanità, ufficio di sanità marittima o aerea competente per territorio;*

   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), Utrecht. Si può ottenere l'assistenza del medico, del dentista e del farmacista direttamente senza contatti preliminari con l'ANOZ;*

   in **Portogallo, per il continente:** *all'«Administração Regional de Saúde» (Amministrazione regionale della sanità)* **per Madera,** della *«Direcção Regional de Saúde Pública» (Direzione regionale della sanità) di Funchal;* **per le Azzorre,** *alla «Direcção Regional de Saúde» (Direzione regionale della sanità) a Angra do Heroismo.*

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(1 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

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

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

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

(6) Indicare, se esiste.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

REGIME LAVORATORI AUTONOMI

E 111 **B** (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.a
Reg. 574/72: art. 20.4; art. 21.1; art. 23; art. 31.1 e 3

1 ☐ Lavoratore autonomo ☐ Titolare di pensione o rendita [Cognome (1 bis), Cognome da nubile (1 bis), Nomi, Indirizzo (2)]

1.1 Numero di matricola: ..... Data di nascita: .....

2 Familiari (3)

2.1 Cognome (1 bis)	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

2.2 Indirizzo abituale (2) (4): .....
.....

SOLO RICOVERO OSPEDALIERO

3 Le persone predette hanno diritto alle prestazioni in natura soltanto in caso di ricovero ospedaliero

3.1 dal ..... al ..... incluso.

4 Istituzione competente

4.1 Denominazione: ..... Numero di codice (5): .....
4.2 Indirizzo (2): .....
.....
4.3 Timbro

4.4 Data: .....
4.5 Firma
.....

4.6 Convalida dal ..... al	4.10 Convalida dal ..... al .....
4.7 Timbro 4.8 Data:	4.11 Timbro 4.12 Data: .....
4.9 Firma	4.13 Firma .....

E 111 **B**

REGIME LAVORATORI AUTONOMI

4.14 Convalida dal ..... al ..... 4.15 Timbro 4.16 Data: ..... 4.17 Firma	4.18 Convalida dal ..... al ..... 4.19 Timbro 4.20 Data: ..... 4.21 Firma .....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate

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. In caso di soggiorno nel Regno Unito, il presente stampato non è necessario.

Avvertenze per l'assicurato e per i familiari:

a) *Il presente documento consente:*
   - *all'assicurato e ai familiari elencati al quadro 2, 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 2 che si trovino temporaneamente in un paese (paese di dimora) diverso da quello ove risiedono abitualmente,*

   di ottenere, da parte degli organismi assicuratori del predetto paese di dimora, le prestazioni in natura soltanto in caso di ricovero ospedaliero.

b) *Quando è necessario il ricovero in ospedale, questo documento deve essere presentato all'istituzione di assicurazione del paese di dimora, e cioè:*

   in **Danimarca,** *al competente «amtskommune» (amministrazione comunale), nel comune di Copenaghen, al «magistrat» e nel comune di Frederiksberg, alla «kommunalbestyrelse». Il formulario dev'essere presentato ad ogni richiesta di prestazioni;*

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

   in **Grecia,** *all'ufficio regionale o locale dell'Istituto delle assicurazioni sociali (IKA), che rilascerà all'interessato un libretto sanitario,* **senza il quale le prestazioni in natura non vengono concesse;**

   in **Spagna** *alla «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Direzione provinciale dell'Istituto nazionale della sicurezza sociale);*

   in **Francia,** *alla «Caisse conventionnée» (ente convenzionato);*

   in **Irlanda,** *all' «Health Board» (Ufficio sanitario) nella cui circoscrizione è richiesta l'assistenza;*

   in **Italia,** *all'Unità sanitaria locale (USL) competente per territorio;*

   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), Utrecht;*

   in **Portogallo, per il continente,** *all'«Administração Regional de Saúde» (Amministrazione regionale della sanità) del luogo di dimora;* **per Madera,** *la «Direcção Regional de Saúde Pública» (Direzione regionale della sanità) a Funchal;* **per le Azzorre,** *alla «Direcção Regional de Saúde» (Direzione regionale della sanità) a Angra do Heroismo.*

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato: B = Belgio.

(1 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

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

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

(5) Indicare, se esiste.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

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; art. 31
Reg. 574/72; art. 22.1 e 3; art. 23

L'istituzione competente consegna lo stampato all'interessato. Ove egli si rechi nel Regno Unito, si trasmetta copia dello stampato al «Department of Health and Social Security, Overseas Branch», Newcastle-upon-Tyne.

1

☐ Lavoratore subordinato
☐ Lavoratore autonomo
☐ Titolare di pensione o rendita (regime lavoratori subordinati)
☐ Titolare di pensione o rendita (regime lavoratori autonomi)
☐ Altro

1.1 Cognome (1 bis)
.....

1.2 Nomi ..... Cognome da nubile (1 bis) ..... Data di nascita .....

1.3 Indirizzo nel paese competente (2):
.....
.....

1.4 Indirizzo nel paese ove l'interessato si trasferisce (2) (3):
.....
.....

1.5 Numero di matricola: .....

1.6 ☐ L'interessato è soggetto ad un regime per lavoratori autonomi di cui all'allegato 11 del Reg. 574/72

2 Familiare che si trasferisce

2.1 Cognome (1 bis)
.....

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

2.3 Indirizzo nel paese competente (2) (4):
.....
.....

2.4 Indirizzo nel paese in cui si trasferisce (2):
.....
.....

3 La persona indicata ☐ al quadro 1 ☐ al quadro 2
è autorizzata a conservare il beneficio delle prestazioni in natura di malattia e maternità
☐ dell'assicurazione malattia-maternità ☐ dell'assicurazione infortuni nella vita privata (5)

in ..... (Stato), ove si reca

3.1 ☐ per stabilire la propria residenza

3.2 ☐ per ricevere cure presso (6) .....
.....

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

4.1 dal ..... al ..... incluso.

4.2 dal ..... al ..... incluso, **unicamente** in caso di ricovero ospedaliero (7).

5 Il rapporto del nostro medico di controllo

5.1 ☐ è allegato in busta chiusa

5.2 ☐ è stato inviato il ..... a (8) .....
.....

5.3 ☐ può essere richesto alla sottoscritta istituzione

5.4 ☐ non è stato compilato

E 112

6	Istituzione competente		
6.1	Denominazione:		Numero di codice (9): .....
6.2	Indirizzo (2):		
	.....		
6.3	Timbro	6.4	Data: .....
		6.5	Firma
			.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate

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 **Danimarca,** *al competente «amtskommune» (amministrazione comunale); nel comune di Copenaghen, al «magistrat» e nel comune di Frederiksberg, alla «kommunalbestyrelse». In caso di necessità di cure, presentate il formulario all'istituzione sanitaria che le fornisce;*

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

in **Grecia,** *in linea di massima, all'ufficio regionale o locale dell'Istituto delle assicurazioni sociali (IKA), che consegna all'interessato un libretto sanitario in mancanza del quale le prestazioni in natura non sono concesse;*

in **Spagna** *alla «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Direzione provinciale dell'Istituto nazionale della sicurezza sociale);*

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

in **Irlanda** *all' «Health Board» (Ufficio sanitario) nella cui circoscrizione è richiesta l'assistenza;*

in **Italia,** *all'Unità sanitaria locale (USL) competente per territorio;*

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

nei **Paesi Bassi,** *in caso di trasferimento di residenza, alla cassa di malattia competente per il luogo di residenza, e, in caso di soggiorno temporaneo all' «Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds» (ANOZ) (Cassa mutua generale di malattia dei Paesi Bassi), Utrecht;*

in **Portogallo, per il continente:** *all'«Administração Regional de Saúde» (Amministrazione regionale della sanità) del luogo di dimora o di residenza;* **per Madera,** alla *«Direcção Regional de Saúde Pública)» (Direzione regionale della sanità) a Funchal;* **per le Azzorre,** *alla «Direcção Regional de Saúde» (Direzione regionale della Sanità) a Angra do Heroísmo;*

nel **Regno Unito,** *al servizio medico (medico, dentista, ospedale, ecc.) cui è richiesta l'assistenza.*

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(1 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

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

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

(5) Da compilare da parte delle istituzioni francesi di lavoratori agricoli autonomi.

(6) Da precisare, se del caso.

(7) Da compilare da parte delle istituzioni belghe di lavoratori autonomi.

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

(9) Indicare, se esite.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

E 113 ☐ (1)

RICOVERO OSPEDALIERO — NOTIFICA DI ENTRATA E DI USCITA

Reg. 1408/71: art. 19; art. 22; art. 25.1 e 3.i; art. 26; art. 31.a; art. 52.a; art. 55.1
Reg. 574/72: art. 17.6; art. 20.5; art. 21.2; art. 22.2 e 3; art. 23; art. 26.3;
art. 27; art. 28; art. 31.2 e 3; art. 60.5; art. 62.7; art. 63.2

Il presente formulario deve essere redatto per il rimborso delle prestazioni in natura sulla base delle spese effettivamente sostenute. Va compilato 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 inviato all'istituzione competente. Ove si tratti di una istituzione competente danese, portoghese o del Regno Unito, non occorre compilare lo stampato.

1 All'istituzione competente

1.1 Denominazione: .....
1.2 Indirizzo (2): .....
.....

2

☐ Lavoratore subordinato
☐ Lavoratore autonomo
☐ Disoccupato
☐ Titolare di pensione o rendita (regime dei lavoratori subordinati)
☐ Titolare di pensione o rendita (regime del lavoratori autonomi)
☐ Richiedente la pensione o rendita

2.1 Cognome (2 bis)
.....
2.2 Nomi ..... Cognome da nubile (2 bis) ..... Data di nascita .....
2.3 Indirizzo nel paese di residenza o di dimora (2):
.....
.....
2.4 Numero di matricola (2 ter): .....

3 Familiare ricoverato

3.1 Cognome (2 bis)
.....
3.2 Nomi ..... Cognome da nubile ..... Data di nascita .....
3.3 Indirizzo nel paese di residenza o di dimora (2) (3):
.....
.....

4 *Riferimento:*
4.1 ☐ al vostro modulo ..... del ..... (4)
4.2 ☐ al nostro modulo E 107 del .....

A. Notifica di entrata

5 La persona indicata ☐ al quadro 2 ☐ al quadro 3
5.1 è stata ricoverata il .....
5.2 presso (5) .....
5.3 a seguito di ☐ malattia ☐ maternità ☐ infortunio sul lavoro (6)
☐ malattia professionale (7) ☐ infortunio nella vita privata (8)

5.4 Si presume che la degenza si protrarrà sino al .....
5.5 ☐ (9) Documenti giustificativi o rapporto medico in allegato.

B. Notifica di uscita

6 La degenza notificata
☐ con il modulo E 113 del .....
☐ nella parte A che precede
e terminata il .....

E 113

7	Istituto del luogo di residenza o di dimora

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, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato; B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

(2 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(2 ter) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, anche il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

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

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

(5) Denominazione dell'istituto di cura.

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

Nome o ragione sociale: .....

Indirizzo (2): .....

.....

(7) Da indicare, se possibile.

(8) Da compilare per le istituzioni francesi di lavoratori agricoli autonomi.

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

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

E 114 ☐ (1)

CONCESSIONE DI PROTESI, DI GRANDI APPARECCHI, ECC.

Reg. 1408/71: art. 19; art. 22; art. 24; art. 25.1 e 3.i; art. 26; art. 31.a; art. 52.a; art. 55.1
Reg. 574/72: art. 17.7; art. 20.5; art. 21.2; art. 22.2 e 3; art. 23;
26.3; art. 27; art. 28; art. 31.2 e 3; art. 60.6; art. 62.7; 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 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 compilare la parte B ed inviare una copia dello stampato all'istituzione del luogo di residenza o di dimora. Ove si tratti di una istituzione competente del Regno Unito, non occorre compilare lo stampato.

A. Notifica

1 All'istituzione competente

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (2): .....

.....

2

(3) ☐ Lavoratore subordinato
(3) ☐ Lavoratore autonomo
☐ Disoccupato
☐ Titolare di pensione o rendita (regime dei lavoratori subordinati)
☐ Titolare di pensione o rendita (regime dei lavoratori autonomi)
☐ Richiedente la pensione o rendita

2.1 Cognome (3 bis)

.....

2.2 Nomi ..... Cognome da nubile (3 bis) ..... Data di nascita .....

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

.....

.....

2.4 Numero di matricola .....

3 Familiare in causa

3.1 Cognome (3 bis)

.....

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

3.3 Indirizzo nel paese di residenza o di dimora (2) (4)

.....

.....

4 Riferimento:

4.1 ☐ al vostro modulo ..... del ..... (5)

4.2 ☐ al nostro modulo E 107 del .....

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

☐ al quadro 2 ☐ al quadro 3

5.1 ☐ la necessità ☐ l'urgenza assoluta

5.2 delle seguenti prestazioni: .....

.....

5.3 il cui costo ☐ probabile ☐ effettivo ai sensi della nostra legislazione è di

..... (6)

6 ☐ Si allega il rapporto del medico di controllo (7)

7 Le prestazioni citate al punto 5.2 (8)

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

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

Motivi:

.....

.....

10 Istituzione competente

10.1 Denominazione: ..... Numero di codice (9): .....

10.2 Indirizzo (2): .....

.....

10.3 Timbro

10.4 Data: .....

10.5 Firma

.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A dello stampato: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

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

Nome o ragione sociale: .....

Indirizzo (2): .....

.....

(3 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine della stato civile, quali risultano dalle carta d'identità o dal passaporto.

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

(5) Indicare il numero e la data del modulo attestante il diritto alle prestazioni dell'assicurato.

(6) Importo da indicare nella moneta del paese di dimora o di residenza.

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

(8) Quando si tratta di un lavoratore autonomo belga, portare sul conto **unicamente** le prestazioni in natura in caso di ricovero ospedaliero.

(9) Indicare, se esiste.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

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 riguarda un disoccupato, oltre la copia predetta, se ne devono compilare altre due 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 (vedi inoltre le note 7 e 8).

1 All'istituzione competente

1.1 Denominazione: .....
1.2 Indirizzo (2): .....
.....

2 ☐ Lavoratore subordinato ☐ Lavoratore autonomo ☐ Disoccupato

2.1 Cognome (2bis)
.....
2.2 Nomi ..... Cognome da nubile (2 bis) ..... Data di nascita .....
2.3 Indirizzo nel paese di residenza o di dimora (2):
.....
.....
2.4 Indirizzo nel paese competente (2):
.....
.....
2.5 Numero di matricola .....
2.6 Portatore del modulo E 119 rilasciato il ..... (3)
e del modulo E 303 rilasciato il ..... (3)

3 Datore di lavoro (4)

3.1 Nome o ragione sociale: .....
3.2 Indirizzo (2): .....
.....
3.3 Attività dell'impresa: .....

A. ☐ (5) **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 ☐ malattia (6) ☐ maternità (data probabile del parto: .....)
☐ infortunio sul lavoro verificatosi il .....
☐ Malattia professionale

5 Il certificato del medico curante
☐ è allegato ☐ non ha potuto essere presentato

6 In base al parere del nostro medico di controllo
- ☐ di cui si allega il rapporto
- ☐ di cui si trasmetterà quanto prima il rapporto

6.1 ☐ l'inabilità al lavoro ha avuto inizio il .....
e si protrarrà, presumibilmente, sino al .....
6.2 ☐ non vi è inabilità al lavoro (7)

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

8 ☐ L'inabilità al lavoro è stata causata, presumibilmente, da incidente dovuto a responsabilità di terzi.
8.1 ☐ Si allega un rapporto su tale incidente nonché l'indirizzo del terzo coinvolto.

9 ☐ 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 ☐ Non siamo disposti ad erogare all'interessato le prestazioni in denaro per conto vostro.

B. ☐ (5) Proseguimento dell'inabilità al lavoro

11 In riferimento al:
11.1 ☐ nostro modulo E 115 del .....
11.2 ☐ vostro modulo E 117 del .....
11.3 si comunica che in base al parere del nostro medico di controllo
- ☐ di cui si allega il rapporto
- ☐ di cui si trasmetterà quanto prima il rapporto

la persona indicata al quadro 2 sarà presumibilmente inabile al lavoro fino al
.....

12 Istituzione del paese di residenza o di dimora

12.1 Denominazione: .....
12.2 Indirizzo (2): .....
.....
12.4 Timbro

12.4 Data: .....
12.5 Firma
.....

E 115

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello utilizzando unicamente le linee apposite punteggiate. Esso è composto di 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine 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; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Espagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

(2 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

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

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

(5) La redazione delle parti A e B è in alternativa; riportare una X nel quadratino relativo alla parte che viene compilata. Per i Peasi Bassi è necessario compilare la casella 4.

(6) O per infortunio extra-lavorativo.

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

(8) Per l'Italia, il formulario deve essere trasmesso alla sede provinciale competente dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS). Per i Paesi Bassi, qualora fosse sconosciuto l'istituto competente di assicurazione malattia, inviare il formulario al G.A.K., Postbus 8 300, Amsterdam.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamento di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

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; 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; 65.2 e 4

Lo stampato è compilato dal medico dell'istituzione che redige il modulo E 115 e deve essere allegato a tale modulo, in busta chiusa riservata, se trattasi di un caso di malattia o di maternità. 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 E 115 del .....

3 ☐ Lavoratore subordinato ☐ Lavoratore autonomo ☐ Disoccupato

3.1 Cognome (2 bis)
.....
3.2 Nomi ..... Cognome da nubile (2 bis) ..... Data di nascita .....
3.3 Indirizzo (2) nel paese di residenza o di dimora:
.....
.....
3.4 Numero di matricola .....

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

il .....

4.1 esprime il parere che si tratta di un caso
☐ di malattia (3) ☐ di maternità (data probabile del parto: .....)
4.2 che si tratta presumibilmente
☐ di infortunio sul lavoro ☐ di malattia professionale
4.3 ☐ di ricaduta o aggravamento

Parte A: Rapporto generale

5 Da compilare in ogni caso, soprattuto di infortunio sul lavoro

5.1 Anamnesi e sintomi attuali:
.....
.....
5.2 Esame clinico
5.3 Stato generale ..... Peso: ..... Altezza: ..... (4)
5.4 Altre notizie .....
.....
.....
5.5 Esami tecnici (5) .....
.....
.....
5.6 Diagnosi: .....
5.7 Conclusioni:
5.8 ☐ L'inabilità al lavoro non è riconosciuta.
5.9 ☐ L'inabilità al lavoro è riconosciuta a decorrere
dal ..... e fino al .....
5.10 ☐ L'interessato sarà sottoposto ad un ulteriore controllo medico il .....
5.11 ☐ L'interessato è in grado di lavorare dal .....

Parte B: Rapporti in caso di infortunio sul lavoro

6 Primo rapporto medico

6.1 Il predetto infortunio ha provocato le seguenti lesioni (6)

.....

.....

.....

6.2 Tali lesioni ☐ hanno avuto ☐ avranno come conseguenza (7)

.....

.....

.....

6.3 L'inabilità al lavoro ha avuto inizo il .....

6.4 L'infortunato è curato

☐ al suo domicilio ☐ in ambulatorio

☐ in ospedale ☐ in altro luogo

Indirizzo (2) (8) .....

.....

7 Ultimo rapporto medico

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

7.2 Le lesioni sono consolidate in data .....

7.3 ☐ senza postumi

7.4 ☐ ed avranno presumibilmente come conseguenza

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

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 del medico

.....

E 116

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello utilizzando unicamente le linee apposite punteggiate. Esso è composto di 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese ove viene compilato lo stampato: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(1) Via, numero, codice postale, località, paese.

(2 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(3) Compreso l'infortunio extra-lavorativo.

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

(5) Indicare il tipo e la data.

(6) 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.

(7) 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.

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

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

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 ☐ Lavoratore subordinato ☐ Lavoratore autonomo ☐ Disoccupato

3.1 Cognome (2 bis)
.....
3.2 Nomi ..... Cognome da nubile (2 bis) ..... Data di nascita .....
3.3 Indirizzo nel paese di residenza o di dimora (2):
.....
.....
3.3 Numero di matricola: .....

4 ☐ ha diritto alle prestazioni in denaro, provvisoriamente, salvo eventuale proroga
dal ..... al .....
4.1 ☐ non ha diritto alle prestazioni in denaro
Motivo: si veda l'allegato formulario E 118
4.2 ☐ non ha più diritto alle prestazioni in denaro a partire dal .....
Motivo: si veda l'allegato formulario E 118
5 Dette prestazione saranno erogate (3)
5.1 ☐ da noi all'indirizzo di cui al punto 3.3, a mezzo vaglia internazionale
5.2 ☐ da noi al ritorno dell'interessato in questo Stato
5.3 ☐ da voi per nostro conto
5.4 ☐ dal datore di lavoro all'indirizzo di cui al punto 3.3 (4)
5.5 ☐ dal datore di lavoro, dal ..... al ..... (5)

6 (3) (6)

6.1 L'indennità dovrà essere corrisposta
6.2 per tutti i giorni della settimana, salvo ☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì ☐ giovedì ☐ venerdì ☐ sabato ☐ domenica
6.3 L'importo giornaliero netto di tale indennità
è di ..... (7) se l'assicurato non è ricoverato in ospedale
è di ..... (7) se è ricoverato in ospedale
6.4 ☐ (8) Se le indennità spettano per un mese intero, sono pagate per 30 giorni, a prescindere dal fatto che nel mese vi siano più o meno di 30 giorni.

7 Vi preghiamo di volerci comunicare quanto prima il risultato
7.1 ☐ d'un esame (9) .....
7.2 ☐ d'un controllo amministrativo
7.3 ☐ d'un nuovo controllo medico da eseguire verso il .....

E 117

8	Istituzione competente		
8.1	Denominazione:	Numero di codice ([10]):	.....
8.2	Indirizzo ([2]):		
	.....		
8.3	Timbro	8.4 Data:	.....
		8.5 Firma	
		.....	

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate

NOTE

([1]) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato; B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portugal; GB = Regno Unito.

([2]) Via numero, codice postale, località, paese.

([2 bis]) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

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

([4]) Va compilato, se del caso, dalle istituzioni danesi.

([5]) Va compilato dalle istituzioni tedesche.

([6]) Il riquadro è da compilarsi solo nell'ipotesi che si verifichi la circostanza di cui al punto 5.3.

([7]) Indicare l'importo in moneta del paese competente.

([8]) All'occorrenza, tracciare una X nel quadratino.

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

([10]) Indicare, se esiste.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

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 e c.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 paese competente (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 e l'altro alla corrispondente instituzione del paese ove il disoccupato si trova in cerca di lavoro.

1 ☐ Lavoratore subordinato ☐ Lavoratore autonomo ☐ Disoccupato

1.1 Cognome (1 bis)
.....

1.2 Nomi ..... Cognome da nubile (1 bis) ..... Data di nascita .....

1.3 Indirizzo nel paese di residenza o di dimora (2):
.....
.....

1.4 Numero di matricola .....

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

2.1 Denominazione: .....
2.2 Indirizzo (2): .....
.....

3 ☐ Dai fatti portati a nostra conoscenza
☐ Dal controllo effettuato dal nostro medico in data .....
è risultato che

3.1 ☐ l'inabilità al lavoro è parziale
3.2 ☐ l'interessato ha diritto ad un'indennità parziale d'importo pari a .....
a decorrere dal .....(3)
3.3 ☐ non sussiste inabilità al lavoro
3.4 ☐ l'inabilità al lavoro è cessata il ..... (4)
3.5 ☐ L'ultimo giorno di erogazione delle prestazioni in denaro è il .....

3.6 ☐ L'istituzione competente stabilirà quando cesseranno le indennità.

4 ☐ Istituzione del luogo di residenza o di dimora ☐ Istituzione competente

4.1 Denominazione: ..... Numero di codice (5): .....
4.2 Indirizzo (2): .....
.....
4.3 Timbro

4.4 Data: .....
4.5 Firma
.....

E 118

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello. Esso comporta 4 pagine con l'allegato e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione. Non scrivere al di fuori dei puntini

Avvertenze per il lavoratore o il disoccupato

Contro la decisione che vi è stata comunicata con il presente documento potete eventualmente ricorrere presso l'organo competente dello Stato competente o presso quello dello Stato di dimora o di residenza.

I nomi di detti organi, i termini e i mezzi di ricorso sono indicati in allegato.

Circa i termini e i mezzi di ricorso, ci si deve riferire alle indicazioni fornite per quanto concerne il paese competente.

Nel vostro caso, sono applicabili le indicazioni fornite sotto il numero ....

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(1 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

(3) Da compilare unicamente qualora il formulario sia rilasciato dall'istituzione competente. Indicare se si tratta di importo giornaliero, settimanale, mensile.

(4) Si indichi l'ultimo giorno d'inabilità al lavoro.

(5) Indicare, se esiste.

E 118 Allegato

TERMINI E MEZZI DI RICORSO

Reg. 574/72: art. 18.4; art. 61.4

1. BELGIO

Avverso la decisione in allegato, l'interessato può introdurre 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 dal giorno di notifica del provvedimento impugnato.

Per Tribunale del lavoro competente, si intende:

a) ove l'interessato abbia il proprio domicilio in Belgio, il Tribunale del lavoro della circoscrizione in cui si trova il 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. DANIMARCA

Avverso la decisione in allegato l'interessato può:

a) per quanto concerne l'indennità giornaliera per le cinque settimane a decorrere dal primo giorno di assenza, quando il datore di lavoro è obbligato ad erogare l'indennità giornaliera (periodo del datore di lavoro), produrre ricorso presso il «Dagpengeudvalget» (Comitato d'indennità giornaliera), indirizzo:

.....

b) entro il termine di quattro settimane a decorrere dalla notifica della decisione per quanto concerne l'indennità giornaliera oltre il «periodo del datore di lavoro», o qualora manchi un periodo di questo tipo, introdurre ricorso presso l'«amtsankenævn» (Commissione di ricorso) competente; a Copenaghen e Frederiksberg al «Sociale ankestyrelse» (Comitato di ricorso sociale), indirizzo:

.....

3. GERMANIA

Avverso la decisione in allegato, l'interessato può presentare ricorso per iscritto, entro il termine di tre mesi a decorrere dal giorno della notifica, presso l'istituzione competente tedesca indicata al riquadro 2 o 4 del formulario E 118, oppure presso l'istituzione del suo luogo di dimora o di residenza, indicata nei medesimi riquadri.

4. GRECIA

Avverso la decisione in allegato, l'interessato può introdurre ricorso per iscritto entro il termine di trenta giorni a decorrere dalla data di ricevimento della notifica di detta decisione, presso:

Denominazione: .....
Indirizzo: .....
.....

5. SPAGNA

Avverso la decisione in allegato, l'interessato può introdurre ricorso per iscritto, entro il termine di trenta giorni lavorativi a decorrere dalla data della notifica, presso la seguente istituzione:

Denominazione: .....
Indirizzo: .....
.....

direttamente o tramite l'istituzione del suo luogo di dimora o di residenza.

6. FRANCIA

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

Denominazione: .....
Indirizzo: .....
.....

7. IRLANDA

Avverso la decisione in allegato, l'interessato può produrre ricorso al Ministero della previdenza sociale a Dublino, specificando che desidera che il suo caso sia sottoposto ad un organo di appello (Appeals officer).
Una domanda in tal senso dev'essere inoltrata entro 21 giorni a decorrere dalla data di ricevimento della notifica di detta decisione.

8. ITALIA

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 permamente, la misura di indennità che ritiene essergli dovuta 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.

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

9. LUSSEMBURGO

Avverso la decisione in allegato, l'interessato può introdurre ricorso, il linea di massima, al «Conseil arbitral des assurances sociales» (Consiglio arbitrale delle assicurazioni sociali) a Lussemburgo entro 40 giorni a decorrere dalla notifica della decisione.

Qualsiasi ricorso deve essere corredato del verbale circostanziato dell'«Inspection générale de la sécurité sociale» (Ispettorato generale della sicurezza sociale) a Lussemburgo, dal quale risulti che il medesimo è stato adito per comporre la vertenza sul piano amministrativo.

10. PAESI BASSI

Se l'interessato non è d'accordo con la comunicazione allegata, chiederà entro un tempo ragionevolmente breve una decisione impugnabile all'istituzione competente indicata al quadro 2 o 4. Questa decisione precisa i termini ed i mezzi di ricorso.

11. PORTOGALLO

Avverso la decisione in allegato, l'interessato può introdurre ricorso entro il termine di ... giorni a decorrere dal giorno della notifica presso:

Denominazione: .....
Indirizzo: .....
.....

12. REGNO UNITO

Avverso la decisione in allegato, l'interessato può introdurre ricorso, entro 28 giorni a decorrere dalla data della notifica, presso il «Department of Health and Social security, Overseas Branch» (Ministero della sanità e della sicurezza sociale, Servizio internazionale), Newcastle-upon-Tyne oppure al «Ministry of Health and Social Services, Overseas Branch» (Ministero della sanità e dei servizi sociali, Servizio internazionale), Belfast, secondo i casi.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

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.i
Reg. 574/72: art. 26.1

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

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

1.1 Denominazione: .....
1.2 Indirizzo (3): .....
.....
1.3 Referimento: vostro modulo ☐ E 107 del ..... ☐ E 115 del .....

2 Disoccupato

2.1 Cognome (3 bis)
.....
2.2 Nomi ..... Cognome da nubile (3 bis) ..... Data di nascita .....
2.3 Indirizzo nel paese ove è in cerca di lavoro (3)
.....
.....
2.4 Numero di matricola: .....

3 Ultimo datore di lavoro, eventualmente

3.1 Nome: .....
3.2 Indirizzo (3): .....
.....

4 La persona sopraccitata ha diritto alle prestazioni di malattia e maternità
☐ in natura per sé
☐ in denaro per sé
☐ in natura per i 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 303/3, l'attestato previsto all'articolo 26.2, primo capoverso, del Reg. 574/72.

5 Le prestazioni in natura possono essere erogate
5.1 ☐ per un periodo non superiore a quello previsto per il diritto alle prestazioni di disoccupazione
5.2 ☐ per i casi di malattia insorti fino al ..... incluso
per ..... giorni ..... settimane

6 In caso d'inabilità al lavoro le prestazioni in denaro possono essere erogate
6.1 ☐ per un periodo non superiore a quello previsto per il diritto alle prestazioni di disoccupazione
6.2 ☐ per i casi di malattia insorti fino al ..... incluso
per ..... giorni ..... settimane

7 La suddette prestazioni in denaro saranno versate
7.1 ☐ da noi, a mezzo vaglia internazionale all'indirizzo sopraindicato
7.2 ☐ da voi, per nostro conto

E 119

8

8.1 L'idennità dovrà essere corrisposta

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

8.3 ☐ per tutti i giorni della settimana, salvo ☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì ☐ giovedì ☐ venerdì ☐ sabato ☐ domenica

9 (4)

9.1 L'importo giornaliero netto di tale indennità:

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

9.3 ☐ è di ..... (5) se l'assicurato non è ricoverato in ospedale

è di ..... (5) se ricoverato in ospedale

10 Istituzione competente (6)

10.1 Denominazione: ..... Numero di codice (7): .....

10.2 Indirizzo (3): .....

.....

10.3 Timbro

10.4 Data: .....

10.5 Firma

.....

E 119

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello utilizzando unicamente le linee apposite punteggiate. Esso è composto di 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, 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 familari dovete rivolgervi al seguente istituto assicuratore:*

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

in **Danimarca,** *al competente «amtskommune» (amministrazione comunale); nel comune di Copenaghen, al «magistrat» e nel comune di Frederiksberg, alla «kommunalbestyrelse». Si possono ottenere l'assistenza medica, odontoiatrica ed i medicinali direttamente senza richiederli preventivamente agli enti sopraindicati. Il formulario dev'essere presentato ad ogni richiesta di prestazioni. Il locale ufficio sociale e di sanità «social- og sundhedsforvaltning» fornisce informazioni sui medici ed i dentisti ai quali ci si può rivolgere;*

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

in **Grecia,** *in linea di massima, all'Ufficio regionale o locale dell'Istituto di assicurazioni sociali (IKA), che consegna all'interessato un libretto sanitario in mancanza del quale le prestazioni in natura non sono concesse;*

in **Spagna,** *alla «Dirección provincial del Instituto Nacional de la Seguridad social» (Direzione provinciale dell'Istituto nazionale della sicurezza sociale) del luogo di dimora o di residenza;*

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

in **Irlanda,** *all' «Health Board» (Ufficio sanitario) nella cui circosrizione è richiesta la prestazione;*

in **Italia,** *all'Unità sanitaria locale (USL) competente per territorio;*

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;*

in **Portogallo, per il continente:** *all'«Administração Regional de Saúde» (Amministrazione regionale della sanità) del luogo di dimora o di residenza;* **per Madera:** *alla «Direcção Regional de Saúde Publica» (Direzione regionale della sanità) a Funchal;* **per le Azzorre,** *alla «Direcção Regional de Saúde» (Direzione regionale della sanità) a Angra do Heroísmo.*

nel **Regno Unito,** *al servizio medico (medico, dentista, ospedale, ecc.) cui è richiesta l'assistenza.*

Oltre che del presente formulario, dovete essere in possesso di un esemplare del formulario E 303/3, 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 (a meno che vi troviate nei Paesi Bassi), i formulari citati alla lettera a) e produrre inoltre il certificato di inabilità al lavoro del vostro medico curante:*

— *ove siate in Belgio, Germania, Spagna, Francia, Italia, Lussemburgo, all'istituto di assicurazione di cui allo stesso punto a);*

— *ove siate in Danimarca, alla «stedlige social- og sundhedsforvaltning» (commissione sociale e sanitaria) comunale e, nei comuni di Copenaghen, Odense, Ålborg e Århus al «magistrat» (amministrazione comunale);*

— *ove siate in Irlanda: al «Department of Social Welfare, Records EEC Section» (Ministero della previdenza sociale, Servizio archivi CEE), Dublino 1;*

— *ove siate nei Paesi Bassi, dovete dichiarare l'inabilità al lavoro alla sede del «Gemeenschapplijk Administratiekantoor (G.A.K.)» (Ufficio amministrativo comune) che vi eroga le prestazioni di disoccupazione;*

— *ove siate in Portogallo:* **per il continente:** *al «Centro Regional de Segurança Social» (Centro regionale della sicurezza sociale) del luogo di dimora o di residenza;* **per Madera:** *alla «Direcção Regional de Segurança Social» (Direzione regionale della sicurezza sociale) a Funcal;* **per le Azzorre:** *alla «Direcção Regional de Segurança Social» (Direzione regionale della sicurezza sociale) a Angra do Heroísmo;*

— *ove siate nel Regno Unito, al «Department of Health and Social Security, Overseas Branch» (Ministero della sanità e della sicurezza sociale, Servizio internazionale), Newcastle-upon-Tyne, o al «Ministry of Health and Social Services, Overseas Branch» (Ministero della sanità e dei servizi sociali, Servizio internazionale), Belfast.*

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

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

(3) Via, numero, codice postale, località, paese.

(3 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile), nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

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

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

(6) Ove il presente formulario sia compilato da una istituzione dei Paesi Bassi, le prestazioni in natura sono a carico dello «Ziekenfondsraad» (Consiglio delle casse malattia) di Amstelveen; le prestazioni in denaro sono a carico dell'istituzione che emette il formulario.

(7) Indicare, se esiste.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

E 120 ☐ (1)

ATTESTATO RIGUARDANTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA PER I RICHIEDENTI LA 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 e ne consegna due copie all'interessato, il quale le deve presentare all'istituzione del suo luogo di residenza. Ove il richiedente la pensione risieda nel Regno Unito, si trasmettano le due copie dello stampato direttamente al Department of Health and Social Security, Overseas Branch, Newcastle-upon-Tyne. L'istituzione del luogo di residenza, ricevute le copie, compila 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 (3 bis)

.....

2.2 Nomi ..... Cognome da nubile (3 bis) ..... Data di nascita .....

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

.....

2.4 Numero di matricola: .....

3 Da compilarsi da parte dell'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

☐ vecchiaia ☐ invalidità ☐ superstiti
☐ infortunio sul lavoro ☐ malattia professionale

3.2 (4) ☐ Dall'esame di tale domanda risulta che la persona predetta può 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 compilarsi da parte dell'istituzione alla quale è stata presentata la domanda di pensione o rendita, o dell'istituzione di assicurazione malattia e maternità del paese ove è stata presentata detta domanda

5.1 Numero di codice dell'istituzione d'istruttoria ([4 bis]): .....

5.2 La persona indicata al quadro 2 ha diritto, per sé e per i suoi familiari, alle prestazioni in natura per malattia e maternità

5.3 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	([5]) ☐

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

.....

.....

8	([5]) ☐

8.1 Numero di codice dell'istituzione del luogo di residenza ([4 bis]): .....

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

.....

9	Familiari iscritti

	Cognome ([3 bis])	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
9.1	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
9.2	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
9.3	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
9.8	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

E 120

10	Istituzione del luogo di residenza
10.1	Denominazione: .....
10.2	Indirizzo ([3]): .....
	.....
10.3	Timbro
10.4	Data: .....
10.5	Firma
	.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso è composto di 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, 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 vostro paese di 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 **Danimarca,** *al competente «amtskommune« (amministrazione comunale); nel comune di Copenaghen, al «magistrat» e nel comune di Frederiksberg, al «kommunalbestyrelse»;*

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

in **Grecia,** *in linea di massima, all'«Ufficio regionale o locale dell'Istituto di assicurazioni sociali (IKA)», che consegna all'interessato un libretto sanitario in mancanza del quale le prestazioni in natura non sono concesse;*

in **Spagna,** *alla «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social" (Direzione provinciale dell'Istituto nazionale della sicurezza sociale) competente per il luogo di residenza;*

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

in **Irlanda,** *all'«Health Board» (Ufficio sanitario) nella cui circoscrizione è richiesta la prestazione;*

in **Italia,** *all'Unità sanitaria locale (USL) competente per territorio;*

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.*

in **Portogallo, per il continente,** *al «Centro Regional de Segurança Social» (Centro regionale della sicurezza sociale) competente per il luogo di residenza;* **per Madera,** *alla «Direcção Regional de Segurança Social» (Direzione regionale della sicurezza sociale) a Funchal;* **per le Azzorre,** *alla «Direcção Regional de Segurança Social» (Direzione regionale della sicurezza sociale) a Angra do Heroismo.*

c) Siete invitati 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; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

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

([3]) Via, numero, codice postale, località, paese.

([3 bis]) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile), nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

([4]) Riportare, se del caso, una X nel quadratino.

([4 bis]) Indicare, se esiste.

([5]) Dei due riquardi 7 e 8 compilare quello che interessa e riportare una X nel relativo quadratino.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 4

E 121 ☐ (1)

ATTESTATO PER L'ISCRIZIONE DEI TITOLARI DI PENSIONE O RENDITA E PER LA TENUTA DEGLI INVENTARI

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

L'istituzione cui compete il rilascio dell'attestato, secondo quando 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. Ove il titolare di pensione risieda nel Regno Unito, si trasmettano i due esemplari direttamente al Department of Health and Social Security, Overseas Branch, Newcastle-upon-Tyne. 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, compila 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 (regime dei lavoratori subordinati)
☐ Titolare di pensione o rendita (regime dei lavoratori autonomi)

2.1 Cognome (3 bis)

.....

2.2 Nomi ..... Cognome da nubile (3 bis) ..... Data di nascita .....

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

.....

2.4 Data dell'eventuale trasferimento: .....

2.5 Numero di matricola: .....

2.6 ☐ Il titolare di pensione o rendita è soggetto al regime di lavoratori autonomi di cui all'allegato 11 del Reg. 574/72

3 Da compilarsi da parte dell'istituzione debitrice della pensione o rendita

3.1 La persona soprannominata è titolare di pensione o rendita
☐ di vecchiaia ☐ d'invalidità ☐ ai superstiti
☐ 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)

4.1 Denominazione: .....

4.2 Indirizzo (3): .....

.....

4.3 Timbro

4.4 Data: .....

4.5 Firma

.....

5 Da compilarsi da parte dell'istituzione debitrice della pensione o rendita o dell'istituzione di assicurazione malattia e maternità del paese debitore della pensione o rendita

5.1 Numero di codice dell'istituzione d'istruttoria (4 bis): .....

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

5.3 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

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

5.5 ☐ 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 (5) ☐

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

7.2 ☐ in quanto la persona suindicata ha già diritto alle prestazioni in natura in virtù della legislazione di questo Stato

7.3 ☐ Altri motivi .....

.....

.....

E 121

8 (5) ☐

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

8.2 Familiari iscritti (6)

8.3	Cognome (3 bis)	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
8.4	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
8.5	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
8.6	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
8.7	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
8.8	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
8.9	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
8.10	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
8.11	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

8.12 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 .....

8.13 Numero di codice dell'istituzione del luogo di residenza (4 bis): .....

9 Istituzione del luogo di residenza

9.1 Denominazione: .....

9.2 Indirizzo (3): .....

.....

9.3 Timbro

9.4 Data: .....

9.5 Firma

.....

E 121

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee puntéggiate. Esso è composto di 4 pagine e deve essere trasmesso sempre competo di tutte le pagine, 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 **Danimarca,** *al competente «amtskommune» (amministrazione comunale); nel comune di Copenaghen, al «magistrat» e nel comune di Frederiksberg, alla «kommunalbestyrelse»;*

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

in **Grecia,** *in linea di massima, all'«ufficio regionale o locale dell'Istituto di assicurazioni sociali» (IKA) che consegna all'interessato un libretto sanitario in mancanza del quale le prestazioni in natura non sono concesse;*

in **Spagna,** *alla «Dirección provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Direzione provinciale dell'Istituto nazionale della sicurezza sociale) competente per il luogo di residenza;*

in **Francia,** *alla «Caisse primaire d'assurance-maladie» (Cassa primaria di assicurazione malattia); se il quadro del punto 2.6 è contrassegnato, all'istituzione convenzionata;*

in **Irlanda,** *all'«Health Board» (Ufficio sanitario) nella cui circoscrizione è richiesta la prestazione;*

in **Italia,** *all'Unità sanitaria locale (USL) competente per territorio;*

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;*

in **Portogallo, per il continente:** *al «Centro Regional de Segurança Social» (Centro regionale della sicurezza sociale) competente per il luogo di residenza;* **per Madera:** *alla «Direcção Regional de Segurança Social» (Direzione regionale della sicurezza sociale) a Funchal,* **per le Azzore,** *alla «Direcção Regional de Segurança Social» (Direzione regionale della sicurezza sociale) a Angra do Heroísmo.*

b) *Siete tenuto ad informare l'istituto di assicurazione al quale avrete presentato il modulo di qualsiasi variazione verificatasi 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; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

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

(3) Via, numero, codice postale, località, paese.

(3 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile), nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(4) In Francia, il quadro relativo ai lavoratori autonomi è compilato dall'istituzione di assicurazione malattia-maternità.

(4 bis) Indicare, se esiste.

(5) Dei due riquadri 7 e 8, compilare quello che interessa e riportare una X nel relativo quadratino.

(6) Da compilarsi solo da parte delle istituzioni olandesi.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

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 da quello del titolare

Reg. 1408/71: art. 29.1.a
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. Se i familiari risiedono nel Regno Unito, si trasmettano i due esemplari direttamente al Department of Health and Social Security, Overseas Branch, Newcastle-upon-Tyne. L'istituzione del luogo di residenza, 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 destinataria

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (3): .....

.....

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

2 ☐ Titolare di pensione o rendita (regime dei lavoratori subordinati)
☐ Titolare di pensione o rendita (regime dei lavoratori autonomi)

2.1 Cognome (3 bis)

.....

2.2 Nomi ..... Cognome da nubile (3 bis) ..... Data di nascita .....

2.3 Indirizzo (3): .....

.....

2.4 Numero di matricola: .....

3 Familiare (4)

3.1 Cognome (3 bis)

.....

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

3.3 Indirizzo (3) .....

.....

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

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

☐ dal ..... fino a quando non sia notificato il suo annullamento

☐ per 12 mesi dalla data del suo rilascio (5)

☐ fino al (6) ..... incluso

E 122

6 Istituzione competente

6.1 Denominazione: ..... Numero di codice (8): .....

6.2 Indirizzo (3): .....

.....

6.3 Timbro

6.4 Data: .....

6.5 Firma

.....

B. Notifica dell'iscrizione

7 (7) ☐ 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 (7) ☐ Sono stati iscritti presso la sottoscritta istituzione i seguenti familiari del titolare di pensione o rendita indicato al quadro 2

9 Familiari iscritti

	Cognome (3 bis)	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: ..... Numero di codice (8): .....

10.2 Indirizzo (3): .....

.....

10.3 Timbro

10.4 Data: .....

10.5 Firma

.....

E 122

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello utilizzando unicamente le linee apposite punteggiate. Esso è composto di 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, 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) *I due esemplari del modulo — non appena in vostro possesso — devono essere da voi inviati ai vostri familiari, i quali li devono presentare immediatamente ad uno dei seguenti istituti di assicurazione:*

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

in **Danimarca,** *al competente «amtskommune» (amministrazione comunale); nel comune di Copenaghen, al «magistrat» e nel comune di Frederiksberg, alla «kommunalbestyrelse»;*

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

in **Grecia,** *in linea di massima, all'«ufficio regionale o locale dell'Istituto di assicurazioni sociali» (IKA) che consegna all'interessato un libretto sanitario in mancanza del quale le prestazioni in natura non sono concesse;*

in **Spagna,** *alla «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Direzione provinciale dell'Istituto nazionale della sicurezza sociale);*

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

in **Irlanda,** *all'«Health Board» (Istituto di Sanità) nella cui circoscrizione è richiesta la prestazione;*

in **Italia,** *all'Unità sanitaria locale (USL) competente per territorio;*

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.*

in **Portogallo, per il continente,** *al «Centro Regional de Segurança Social» (Centro regionale della sicurezza sociale) competente per il luogo di residenza;* **per Madera,** *alla «Direcção Regional de Segurança Social» (Direzione regionale della sicurezza sociale) a Funchal;* **per le Azzorre,** *alla «Direcção Regional de Segurança Social» (Direzione regionale della sicurezza sociale) a Angra do Heroismo.*

c) *Il modulo è valido dalla data e per la durata indicata al punto 5.*

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

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A del modulo: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

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

(3) Via, numero, codice postale, località, paese.

(3 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile), nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(4) Da compilare esclusivamente se i familiari risiedono nel Regno Unito; indicare i dati relativi ad un familiare.

(5) Se il modulo è emesso da una istituzione francese.

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

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

(8) Indicare, se esiste.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

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. e c.i
Reg. 574/72: art. 60.1; art. 62. 4 e 6; 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. Ove quest'ultimo si rechi nel Regno Unito, si trasmetta un formulario anche al Department of Health and Social Security, Overseas Branch, Newcastle-upon-Tyne.

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 subordinato ☐ Lavoratore autonomo

2.1 Cognome (3 bis)
.....
2.2 Nomi ..... Cognome da nubile (3 bis) ..... Data di nascita .....
2.3 Indirizzo nel paese competente (3):
.....
.....
2.4 Indirizzo nel paese ove si reca l'interessato (3):
.....
.....
2.5 Numero di matricola: .....

3 A seguito

3.1 ☐ di quanto da voi notificato mediante i moduli E 107 del: .....
3.2 ☐ dell'infortunio sul lavoro verificatosi il .....
con le seguenti conseguenze:
.....
.....
3.3 ☐ della malattia professionale verificatasi il .....
con le seguenti conseguenze:
.....
.....
3.4 ☐ dell'autorizzazione da noi accordata all'interessato a conservare il beneficio delle prestazioni in natura
in ..... (paese), ove si reca
☐ per stabilire la propria residenza ☐ per cure

4 al lavoratore predetto possono essere concesse prestazioni in natura
☐ *per infortunio sul lavoro* ☐ *per malattia professionale*

4.1 ☐ per la durata prevista dalle disposizioni della legislazione del paese di residenza
4.2 ☐ sino al .....
4.3 ☐ per un massimo di tre mesi
4.4 ☐ senza limite di tempo

E 123

5	Il rapporto riservato del nostro medico di controllo

5.1 ☐ è allegato in busta chiusa

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

.....

5.3 ☐ può essere richiesto alla sottoscritta istituzione

5.4 ☐ non è stato compilato

6	Istituzione competente

6.1 Denominazione: ..... Numero di codice (5): .....

6.2 Indirizzo (3): .....

.....

6.3 Timbro

6.4 Data: .....

6.5 Firma

.....

E 123

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello utilizzando unicamente le linee apposite punteggiate. Esso è composto di 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, 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 **Danimarca,** *alla competente «amtskommune» (amministrazione locale); nel comune di Copenaghen, al «magistrat» e nel comune di Frederiksberg, alla «kommunalbestyrelse». In caso di soggiorno temporaneo, si possono ottenere l'assistenza medica, odontoiatrica ed i medicinali direttamente senza richiederli preventivamente agli enti sopraindicati. Il locale ufficio sociale e di sanità, «social- og sundhedsforvaltning» fornisce informazioni sui medici ed i dentisti ai quali ci si può rivolgere. Per le cure, il formulario dev'essere presentato al servizio che le presta;*

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

in **Grecia,** *in linea di massima, all'ufficio regionale o locale dell'Istituto di assicurazioni sociali (IKA), che consegna all'interessato un libretto sanitario in mancanza del quale le prestazioni in natura non sono concesse;*

in **Spagna,** *alla «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Direzione provinciale dell'Istituto nazionale della sicurezza sociale);*

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

in **Irlanda,** *all'«Health Board» (Ufficio sanitario) nella cui circoscrizione è richiesta la prestazione;*

in **Italia,**

a) in linea di massima, all'Unità sanitaria locale (USL) competente per territorio; per i marittimi e il personale navigante dell'aviazione civile, al Ministero della sanità, Ufficio di sanità marittima o aerea competente per territorio;

b) per le protesi, i grandi apparecchi, le prestazioni medico-legali e gli esami e certificati medici, alla sede provinciale dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL);

in **Lussemburgo,** *alla «Association d'assurance contre les accidents» (Associazione 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), Utrecht. Si può richiedere l'assistenza del medico, del dentista e del farmacista direttamente senza contatti preliminari con l'ANOZ;*

in **Portogallo,** *alla «Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais» (Cassa nazionale di assicurazione contro le malattie professionali) a Lisbona;*

nel **Regno Unito,** *al servizio medico (medico, dentista, ospedale, ecc.) cui è richiesta l'assistenza.*

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

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

(3) Via, numero, codice postale, località, paese.

(3 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile), nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

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

(5) Indicare, se esiste.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2 e 3

E 124 ☐ (1)

DOMANDA DI ASSEGNI IN CASO DI MORTE

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

1 Il sottoscritto

1.1 Cognome (1 bis)
.....

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

1.3 Numero di matricola (2): .....

1.4 Assicurato presso l'istituzione (2) (3): .....
.....

1.5 Rapporto di parentela con il defunto: .....

1.6 Indirizzo (4): .....
.....

2 chiede il beneficio di un assegno per il decesso del seguente (4 bis)

3
☐ lavoratore
☐ lavoratore autonomo
☐ familiare
☐ titolare di pensione o rendita
☐ richiedente la pensione o rendita

3.1 Cognome (1 bis)
.....

3.2 Nomi ..... Cognome da nubile (1 bis) ..... Data di nascita .....

3.3 Numero di matricola (2) (2 bis): .....

3.4 Data del decesso: .....

3.5 Causa del decesso:
☐ malattia ☐ incidente ☐ infortunio sul lavoro
☐ malattia professionale ☐ altra causa

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

4 Il sottoscritto ☐ era ☐ non era a carico del defunto

5 Il defunto ☐ era ☐ non era a carico del sottoscritto

6 Il defunto ☐ era ☐ non era alloggiato dietro compenso
☐ dalla persona che richiede l'assegno
☐ in un istituto del quale la persona che richiede l'assegno è gerente, membro del personale o ospite (4 ter)

7 La persona che presente domanda di assegno ☐ è ☐ non è impresario di pompe funebri, incaricato o mandatario di un impresario di pompe funebri (4 ter)

8 Le spese funerarie ammontano a (5) ..... e sono state sostenute da .....

9 Sono allegati i seguenti documenti: .....
.....
.....
.....

10 Data: .....

10.1 Firma
.....

E 124

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello utilizzando unicamente le linee apposite punteggiate. Esso è composto di 3 pagine e deve essere trasmesso sempre compieto di tutte le pagine, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione

Avvertenze per il richiedente

a) *Per beneficiare dell'assegno in caso di morte dovete rivolgere domanda, mediante il presente modulo:*
   — *o all'istituzione competente,*
   — *o all'istituzione del luogo in cui vi trovate, che è:*
   in **Belgio,** *l'organismo scelto (mutualité);*
   in **Danimarca,** *il «Sikringsstyrelsen» (Ufficio nazionale della sicurezza sociale), Copenaghen;*
   in **Germania,** *l'« A.O.K.» (Cassa locale generale di malattia);*
   in **Grecia,** *l'ufficio locale dell'Istituto di assicurazioni sociali (IKA);*
   in **Spagna,** *la «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Direzione provinciale dell'Istituto nazionale della sicurezza sociale) competente per il luogo di residenza;*
   in **Francia,** *l'istituzione che corrisponde o corrisponderebbe le prestazioni in natura dell'assicurazione malattia;*
   in **Irlanda,** *il Department of Social Welfare (Ministero della previdenza sociale), Dublino;*
   in **Italia,** *la sede provinciale dell'INAIL o dell'INPS, secondo i casi;*
   in **Lussemburgo,** *la «Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers» (Cassa nazionale di assicurazione malattia degli operai);*
   in **Portogallo, per il continente,** *il «Centro Regional de Segurança Social» (Centro regionale della sicurezza sociale) competente per il luogo di residenza;* **per Madera,** *la «Direcção Regional de Segurança Social» (Direzione regionale della sicurezza sociale) a Funchal;* **per le Azzorre,** *la «Direcção Regional de Segurança Social» (Direzione regionale della sicurezza sociale) a Angra do Heroísmo;*
   nel **Regno Unito,** *il «Department of Health and Social Security, Overseas Branch» (Ministero della sanità e della sicurezza sociale, servizio internazionale), Newcastle-upon-Tyne oppure il «Ministry of Health and Social Services, Overseas Branch» (Ministero della sanità e dei servizi sociali, Servizio internazionale), Belfast secondo i casi.*

b) *Alla domanda dovete allegare i seguenti documenti:*
   per il **Belgio:** *un estratto dell'atto di morte, rilasciato dall'amministrazione comunale;*
   le fatture quietanzate relative alle spese funerarie;
   un documento che comprovi il rapporto di parentela diretta o acquisita oppure, eventualmente, la convivenza con il defunto;
   per la **Danimarca,** *l'atto di morte,*
   le fatture quietanzate relative alle spese funerarie;
   per la **Germania,** *l'atto di morte;*
   per la **Grecia,** *l'atto di decesso; il libretto sanitario; documenti assicurativi; eventualmente, le fatture quietanzate delle spese funerarie;*
   per la **Spagna,** — *il certificato di morte;*
   — *l'attestazione del rapporto di parentela e di convivenza tra il richiedente e l'assicurato o il pensionato deceduto*
   o
   — *la ricevuta del saldo delle spese funerarie, qualora il richiedente non abbia rapporti di parentela o di convivenza con il defunto;*
   per la **Francia,**
   — **per tutti i casi,** *il «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 familiare» 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 eravate a carico suo per altri motivi, un attestato sull'onore che indichi che eravate a suo carico totale, effettivo e permanente;*
   per **l'Irlanda,** *il certificato di morte;*
   se del caso, il certificato di matrimonio;
   il preventivo o il saldo delle spese funerarie o la ricevuta delle suddette spese, ove siano già state pagate;
   per **l'Italia,** *certificato di morte;*
   documento d'iscrizione all'assicurazione;
   eventualmente, lo stato di famiglia;
   per il **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;

per il **Portogallo,** — *in tutti i casi, il certificato di morte e la ricevuta del saldo delle spese funerarie;*
— *inoltre, secondo il caso,*
— *se si tratta del coniuge del defunto o un suo discendente, il certificato di nascita completo;*
— *se si tratta di un ascendente a carico del defunto, una copia della dichiarazione dei redditi;*

per il **Regno Unito,** *il certificato di morte;*
se del caso, il certificato di matrimonio;
il preventivo o saldo delle spese funerarie.

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese di residenza del richiedente: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(1 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile), nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(2) Da indicare solo se si tratta di un lavoratore oppure di un titolare (o richiedente) di una pensione o rendita.

(2 bis) Per i cittadini spagnoli, titolari di o richiedenti una pensione o rendita, indicare, se esiste, anche il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se è scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(3) Indicare la denominazione e l'indirizzo.

(4) Via, numero, codice postale, località, paese.

(4 bis) Ad uso delle istituzioni portoghesi, compilare il foglio intercalare.

(4 ter) Da completarsi qualora l'assegno di morte sia chiesto ai sensi della legislazione belga e la persona che lo richiede non sia il coniuge, un parente diretto o acquisito fino al terzo grado del defunto.

(5) Indicare l'importo nella moneta del paese di residenza del richiedente.

E 124 intercalare

INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI AD USO DELLE ISTITUZIONI PORTOGHESI

1 Coniuge

1.1 Stato civile

☐ Vedovo/a ☐ Risposato/a ☐ Divorziato/a

1.2 Al momento del decesso, viveva sotto il tetto coniugale ed era a carico del/della defunto/a?

☐ Sì ☐ No

2 Figli aventi diritto agli assegni familiari

	Cognome	Nomi	Rapporto di parentela	Data di nascita	Grado di istruzione	Figlio minorato
2.1	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.2	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.3	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.4	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.5	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.6	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.7	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

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, 5; art. 105.1

Il modulo deve essere redatto per un solo beneficiario.

1 Fattura n. ..... (2) del ☐ 1° semestre ☐ 2° semestre dell'anno 19.....

2 All'istituzione competente

2.1 Denominazione: ..... Numero di codice (2 bis): .....
2.2 Indirizzo (3): .....
.....

3 ☐ Lavoratore subordinato ☐ Familiare (4) ☐ Richiedente la pensione o rendita
☐ Lavoratore autonomo ☐ Titolare di pensione o rendita (4) ☐ Altro

3.1 Cognome (4 bis)
.....
3.2 Nomi ..... Cognome da nubile (4 bis) ..... Data di nascita .....
3.3 Indirizzo (3): .....
.....
3.4 Indirizzo (3) nel paese competente: .....
.....
3.5 Numero di matricola (4ter): .....

4 Familiare (5)

4.1 Cognome (4 bis)
.....
4.2 Nomi ..... Cognome da nubile ..... Data di nascita .....

5 Alla persona indicata ☐ al quadro 3 ☐ al quadro 4 le prestazioni sono state concesse a norma del seguente articolo del reg. 1408/71:

5.1 ☐ 19.1, 2 ☐ 22.1.a e 3 ☐ 22.1.b e 3 ☐ 22.1.c e 3
☐ 25.1, 3, 4 ☐ 26 ☐ 29.1 ☐ 31
☐ 52 ☐ 55.1

e sulla base dei seguenti moduli ricevuti:

5.2 ☐ modulo E ..... del ..... ☐ modulo E 117 del .....
Valido dal ..... al .....

5.3 La persona indicata ☐ al quadro 3 ☐ al quadro 4

è stata sottoposta alla perizia medica richiesta il .....

E 125

6	SPESE SOSTENUTE					6.1 Importo (6)
6.2	**Per prestazioni in natura** corrisposte	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** corrisposte	dal	.....	al	.....	.....
6.11	TOTALE DELLE SPESE					.....

7	Istituzione creditrice	
7.1	Denominazione:	Numero di codice (9):.....
7.2	Indirizzo (3):	
	.....	
7.3	Timbro	
	7.4 Data:	
	7.5 Firma	
	.....	

8	Spazio riservato ad uso proprio dell'istituzione del paese competente

E 125

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello utilizzando unicamente le linee apposite punteggiate Esso è composto di 3 pagina e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese che compila lo stampato: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(2) Da indicare se necessario all'istituzione creditrice.

(2 bis) Indicare, se noto.

(3) Via, numero, codice postale, località, paese.

(4) Barrare anche la casella «lavoratore subordinato» oppure «lavoratore autonomo», per identificare il regime. Tale distinzione non si effettua per la Danimarca e la Germania.

(4 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile), nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(4 ter) Per i cittadini spagnoli, titolari di o richiedenti una pensione o rendita, indicare, se esiste, anche il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I), anche se è scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(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, mezzi diagnostici complementari, ecc.

(8) Indicare la natura degli accertamenti sanitari (controlli o perizie) effettuati.

(9) Indicare, se esiste.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

E 126 [ ] (1)

TARIFFE PER IL RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI IN NATURA

Reg. 1408/71: art. 22.1.a.i; art. 22.3; art. 31.a
Reg. 574/72: art. 34

L'istituzione competente compila la parte A del formulario e ne invia 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 destinataria (2)

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (3): .....

.....

2

[ ] Lavoratore subordinato
[ ] Lavoratore autonomo
[ ] Titolare di pensione o rendita (regime dei lavoratori subordinati)
[ ] Titolare di pensione o rendita (regime dei lavoratori autonomi)

2.1 Cognome (3 bis)

.....

2.2 Nomi ..... Cognome da nubile (3 bis) ..... Data di nascita .....

2.3 [ ] L'interessato è soggetto al regime dei lavoratori autonomi di cui all'allegato 11 del Reg. 574/72

3 Familiare (o familiari) a cui sono state prestate le cure

	Cognome (3 bis)	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
3.2	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
3.3	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
3.4	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

E 126

4 La persona sopraccitata

4.1 durante una sua temporanea dimora in: ..... (paese)

4.2 a: ..... (località)

4.3 ha sostenuto in proprio le spese per le cure, di cui ha avuto bisogno

4.4 È ☐ vedovo ☐ invalido (4)

4.5 e dispone di un reddito proprio pari a ..... (4)

5 L'istituzione in indirizzo è pregata di indicare sulle ricevute allegate — per ogni prestazione che figura nelle ricevute medesime — gli importi che potrebbero essere rimborsati all'interessato, secondo le tariffe previste dalla legislazione sociale dell'istituzione del luogo di dimora. Unicamente per il Lussemburgo, indicare anche l'importo della partecipazione ufficiale a carico dell'assicurato.

6 Allegati: n. ..... ricevute.

7 Istituzione competente

7.1 Denominazione: ..... Numero di codice (4 bis): .....

7.2 Indirizzo (3): .....

.....

7.3 Timbro

7.4 Data: .....

7.5 Firma

.....

B. Comunicazione

8 Sono allegate n. ..... ricevute tariffate come da quanto richiesto

9 ☐ Importo da rimborsare (5) ..... ☐ Nessun rimborso

10 Osservazioni: .....

.....

.....

.....

11 Istituzione del luogo di dimora

11.1 Denominazione: .....

11.2 Indirizzo (3): .....

.....

11.3 Timbro

11.4 Data: .....

11.5 Firma

.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello utilizzando unicamente le linee apposite punteggiate. Esso è composto di 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, 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; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(2) Ove l'istituzione, che avrebbe dovuto corrispondere le prestazioni in natura, non sia nota, si trasmetta il formulario all'organismo di collegamento del paese di dimora, e segnatamente:

- **Belgio,** *l'«Institut national d'assurance maladie-invalidité» (INAMI), (Istituto nazionale di assicurazione malattia-invalidità), Bruxelles;*
- **Danimarca,** *il «Sikringsstyrelsen» (Istituto nazionale della sicurezza sociale), Copenaghen;*
- **Germania,** *il «Bundesverband der Ortskrankenkassen» (Federazione nazionale delle casse locali di malattia), Bonn;*
- *in* **Grecia,** *l'ufficio regionale o locale dell'Istituto di assicurazioni sociali (IKA); quando si tratta di un marinaio, la Cassa pensione marittimi (NAT);*
- *in* **Spagna,** *l'«Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Istituto nazionale della sicurezza sociale) a Madrid;*
- **Francia,** *il «Centre de sécurité sociale des travailleurs migrants» (Centro di sicurezza sociale dei lavoratori migranti), Parigi;*
- **Irlanda,** *il «Department of Health» (Ministero della sanità), Dublino;*
- **Italia,** *il Ministero della sanità, Roma;*
- **Lussemburgo,** *l'«Inspection générale de la sécurité sociale» (l'Ispettorato generale della sicurezza sociale), Lussemburgo;*
- **Paesi Bassi,** *l'«Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds» (ANOZ) (Cassa mutua generale di malattia dei Paesi Bassi), Utrecht.*
- *in* **Portogallo,** *il «Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social» (Dipartimento delle relazioni internazionali e convenzioni di sicurezza sociale) a Lisbona.*

(3) Via, numero, codice postale, località, paese.

(3 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile), nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(4) Da compilare soltanto se la domanda è inoltrata ad una istituzione belga.

(4 bis) Indicare, se esiste.

(5) Indicare l'importo totale.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

E 127 ☐ (1)

SEGNALAZIONE DEI FORFAITS MENSILI

Reg. 1408/71: art. 36.1 e 2
Reg. 574/72: art. 94; art. 95

1

Rilevazione n. ..... dell'anno 19 ..... (2)

2 Istituzione competente

2.1 Denominazione: ..... Numero di codice (3 bis): .....
2.2 Indirizzo (3): .....
.....

3 Le prestazioni in natura sono concesse in base al diritto acquisito dal

☐ lavoratore subordinato ☐ titolare di pensione o di rendita (regime dei lavoratori subordinati)
☐ lavoratore autonomo ☐ titolare di pensione o di rendita (regime dei lavoratori autonomi)

3.1 Cognome (4)
.....
3.2 Nomi ..... Cognome da nubile (4) ..... Data di nascita .....
3.3 Numero di iscrizione presso l'istituzione competente: .....

4 Indirizzo dei familiari del lavoratore o del titolare di pensione o di rendita e dei suoi familiari (3)

.....
.....

5 Il diritto alle prestazioni in natura dei familiari del suddetto lavoratore o del suddetto titolare di pensione o di rendita e dei suoi familiari è stato attestato con il formulario
E ..... del .....

6 Per il periodo durante il quale è perdurato tale diritto:
(dal ..... al .....)

6.1 i forfaits mensili
☐ per famiglia o per pensionato e famiglia ☐ per familiare ☐ pro capite
sono .....

7 Istituzione creditrice

7.1 Denominazione: ..... Numero di codice (5): .....
7.2 Indirizzo (3): .....
.....
7.3 Timbro

7.4 Data: .....
7.5 Firma
.....

E 127

8	Spazio riservato all'istituzione competente

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello (in tre esemplari) utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate

Il presente formulario è compilato per un intero anno civile dall'istituzione del luogo di residenza, che lo trasmette all'istituzione competente tramite l'organismo designato in applicazione dell'articolo 102, paragrafo 2, del regolamento 574/72.

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portugallo; GB = Regno Unito.

(2) Si intenda per anno quello nel corso del quale si sono erogate le prestazioni.

(3) Via, numero codice postale, località, paese.

(3 bis) Indicare, se noto.

(4) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile), nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(5) Indicare, se esiste.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

E 201 ☐ (1)

ATTESTATO CONCERNENTE LA TOTALIZZAZIONE DEI PERIODI DI ASSICURAZIONE O DEI PERIODI DI RESIDÊNZA

Reg. 1408/71: art. 9.2; art. 15.3
Reg. 574/72: art. 6.2

Attestato da compilarsi a cura della o delle istituzioni degli Stati membri in cui l'assicurato è stato iscritto 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 (1 bis) .....

1.2 Nomi ..... Cognome da nubile (1 bis) ..... Luogo di nascita (1 ter) .....

1.3 Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza (2) ..... D.N.I. (2 bis) .....

1.4 Indirizzo (3): .....

.....

1.5 Numero di matricola: .....

2 Ultima attività soggetta ad assicurazione (4)

2.1 ☐ Natura dell'attività subordinata

.....

2.2 Datore di lavoro (nome o ragione sociale): .....

2.3 ☐ Natura dell'attività autonoma .....

2.4 Indirizzo (3): .....

.....

3 Il lavoratore di cui al quadro 1 ☐ è ☐ è stato assicurato presso di noi

dal / al	Periodi (5)	In qualità di (4) (6)	Tipo di assicurazione (7)	Contro i rischi di (8)
..... /				
..... /				
..... /				
..... /				
..... /				

4 Il lavoratore di cui al quadro 1 ha compiuto i seguenti periodi di residenza (9):

dal	al	Durata		
		Anni	Mesi	Giorni

5

5.1 Il lavoratore ☐ 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

5.2 lo Stato: .....

5.3 il rischio (8): .....

6 (6)

6.1 L'interessato ☐ beneficia ☐ non beneficia

6.2 ☐ di una pensione d'invalidità

6.3 ☐ di una pensione di vecchiaia

6.4 Data di decorrenza della pensione: .....

7 Istituzione che rilascia l'attestato

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, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato: B = Belgio; DK = Danimarca: D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(1 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile), nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(1 ter) Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(2) Eventualmente, indicare la data di naturalizzazione.

(2 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(3) Via, numero, codice postale, località, paese.

(4) Ove l'attestato sia emesso da un'istituzione belga, francese, irlandese o del Regno Unito, le informazioni raccolte sono desunte da quanto comunicato dal lavoratore stesso.

(5) Secondo le modalità delle legislazioni nazionali, indicare il numero di trimestri, mesi, settimane, giorni.

(6) Da compilare esclusivamente nei casi in cui l'attestato sia destinato ad una istituzione tedesca, greca o spagnola.

(7) Indicare il tipo di assicurazione, utilizzando il seguente codice:
A = obbligatoria; B = volontaria; C = facoltativa continuata.

(8) Indicare i rischi coperti, utilizzando il seguente codice:
D = invalidità; E = vecchiaia; F = morte.

(9) Da compilare unicamente quando l'attestato è rilasciato da una istituzione danese.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 5 e 6

E 202 ☐ (1)

Stato	Numero d'iscrizione dell'assicurato (2)	Istituzione in causa (eventualmente, organismo di collegamento)
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		

ISTRUTTORIA DI UNA DOMANDA DI PENSIONE DI VECCHIAIA

Reg. 1408/71: art. 10.2; art. da 44 a 50; art. 77
Reg. 574/72: art. da 36 a 38; art. 41 a 43; art. da 45 a 47; art. 49; art. 90 (*), art. 111

Da compilarsi a cura dell'istituzione d'istruttoria, che ne trasmetterà un esemplare a ciascuna delle istituzioni presso le quali il lavoratore è stato assicurato (istituzioni in causa) oppure all'organismo di collegamento.

1 Istituzione destinataria (istituzione in causa o organismo di collegamento)

1.1 Denominazione: .....
1.2 Indirizzo (3): .....
.....

A. Notizie concernenti l'assicurato

2

2.1 Cognome (4): .....
2.2 Cognome di nascita (4): .....
2.3 Nomi (5): .....
2.4 Cognomi predecenti (6): .....
2.5 Sesso (7): .....
2.6 Cognome e nomi del padre (8): .....
2.7 Cognome e nomi della madre (8): .....
2.8 Stato civile:

☐ celibe
☐ sposato dal (9 bis) .....
☐ divorziato e risposato dal (9) (9 bis) .....
☐ divorziato non risposato dal (9) (9 bis) .....
☐ separato dal (9 bis) .....
☐ vedovo dal (9 bis) .....

3 Cittadinanza (10): ..... D.N.I. (10 bis) .....

4 Nascita

4.1 Data (11): .....
4.2 Località (12): .....
4.3 Provincia o dipartimento (13): .....
4.4 Paese (14): .....

5 Indirizzo (3) (15)

.....
.....

6

6.1 Numero di matricola presso l'istituzione d'istruttoria: .....
6.2 Riferimento della pratica presso l'istituzione d'istruttoria: .....

(*) Questo articolo non si applica per i Paesi Bassi.

7

7.1 ☐ L'assicurato esercita ancora un'attività professionale ☐ subordinata ☐ autonoma

7.2 ☐ L'assicurato non esercita più un'attività professionale ☐ subordinata ☐ autonoma dal .....

7.3 ☐ L'assicurato intende cessare l'esercizio di un'attività retribuita ☐ subordinata ☐ autonoma il .....

7.4 ☐ L'assicurato esercita un'attività retribuita (16)
☐ che comporta l'affiliazione obbligatoria all'assicurazione pensioni (16 bis)

7.5 ☐ L'assicurato intende esercitare un'attività (17)
☐ subordinata ☐ autonoma (precisare la natura) .....

7.6 Importo ☐ della retribuzione ☐ del reddito professionale ☐ degli altri redditi
..... (18)

7.7 Natura degli altri redditi .....

		ha chiesto le prestazioni seguenti	e/o	beneficia delle prestazioni seguenti
8.1	L'assicurato			
8.2	Pagamento della retribuzione in caso di malattia	☐		☐
8.3	Indennità dell'assicurazione malattia per inabilità al lavoro	☐		☐
8.4	Indennità per rieducazione	☐		☐
8.5	Pensione d'invalidità	☐		☐
8.6	Pensione di vecchiaia	☐		☐
8.7	Pensione ai superstiti	☐		☐
8.8	Rendita per infortunio sul lavoro o malattia professionale	☐		☐
8.9	Indennità di disoccupazione	☐		☐
8.10	Rimborso dei contributi	☐		☐

8.11 Istituzioni debitrici delle prestazioni comprese da 8.3 a 8.9
(denominazione, indirizzo) (3))
ad 8... .....
ad 8... .....
ad 8... .....
ad 8... .....

8.12 Informazioni complementari sulle prestazioni di cui alle voci da 8.3 a 8.9

	Numero di riferimento	Periodo o decorrenza	Importo
ad 8.....	.....	.....	☐ settimanale ☐ mensile ☐ annuo
ad 8.....	.....	.....	☐ settimanale ☐ mensile ☐ annuo
ad 8.....	.....	.....	☐ settimanale ☐ mensile ☐ annuo
ad 8.....	.....	.....	☐ settimanale ☐ mensile ☐ annuo

8.13 Sono considerati anticipi sulla pensione richiesta:

☐ le indennità dell'assicurazione malattia per inabilità al lavoro

☐ le indennità di disoccupazione

☐ .....

9 Informazioni da fornire ad uso delle istituzioni tedesche, greche, spagnole, francesi (9.1 e 9.2) e portoghesi (9.2)

9.1 Il richiedente

(19) ☐ dichiara di essere inabile al lavoro; fascicolo medico allegato

(19) ☐ non dichiara di essere inabile al lavoro

9.2 Il richiedente

(19)(19bis) ☐ dichiara di aver bisogno dell'assistenza di terzi per compiere uno degli atti usuali della vita; fascicolo medico allegato

(19) ☐ non dichiara di aver bisogno dell'assistenza di terzi per compiere gli atti usuali della vita

B. Notizie riguardanti i familiari dell'assicurato

10 Coniuge

10.1 Cognome (4)

.....

10.2 Nomi ..... Cognome da nubile ..... Sesso .....

10.3 Data di nascita: ..... Luogo di nascita (12): .....

10.4 Indirizzo (3): .....

.....

10.5 Data del matrimonio: .....

10.6 Il coniuge ☐ esercita ☐ non esercita un'attività professionale

10.7 In caso affermativo, si indichi l'importo dei redditi:

☐ settimanale (20): ..... ☐ annuo (21) .....

10.8 Il coniuge, che ha tra i 60 e 65 anni, si dichiara

☐ abile ☐ inabile al lavoro (19).

10.9 Il coniuge

☐ ha presentato una domanda di pensione del regime dei lavoratori ☐ subordinati ☐ autonomi

☐ è titolare di una pensione o rendita del regime dei lavoratori ☐ subordinati ☐ autonomi

☐ non è titolare di una pensione o rendita

In caso affermativo, si indichi:

10.10 Il tipo della pensione o della rendita (22): .....

10.11 Il numero della pensione o della rendita (10 bis): .....

10.12 L'istituzione debitrice: .....

10.13 l'importo ☐ mensile ☐ trimestrale ☐ annuo .....

10.14 Il coniuge ☐ beneficia ☐ non beneficia di altre prestazioni sociali (23):

☐ disoccupazione ☐ malattia ☐ invalidità ☐ altre

10.15 Altri redditi noti: Natura .....

Importo (24) .....

11 Figli

11.1	Cognome (4)	Nomi	Data di nascita	Rapporto di parentela
1.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
3.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
4.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

11.2 È competente per la concessione delle prestazioni di cui all'articolo 77 del Reg. n. 1408/71

☐ l'istituzione d'istruttoria

☐ l'istituzione indicata qui di seguito .....

11.3 L'istituzione di istruttoria

☐ per i figli indicati alle righe n. ..... del punto 11.1 concede prestazioni fino al ..... compreso

☐ non concede prestazioni per i figli indicati alle righe n. ..... del punto 11.1 (25)

☐ non ha ancora preso decisioni in merito al diritto alle prestazioni

11.4 Indirizzo (3) (26): .....

.....

11.5 Osservazioni (27) (28): .....

C. Informazioni varie

12 ☐ Data di inoltro della presente domanda: .....

☐ Data di decorrenza della rendita o pensione scelta dal richiedente (29): .....

☐ Data di decorrenza della rendita o pensione: .....

13 Il richiedente ☐ ha chiesto ☐ non ha chiesto il differimento della pensione di vecchiaia cui potrebbe aver diritto

In caso affermativo, indicare lo Stato: .....

14 L'istituzione d'istruttoria ☐ corrisponde ☐ non corrisponde prestazioni a titolo provvisorio ai sensi dell'art. 45.1 del Reg. 574/72

14.1 In caso negativo, si verifichi la possibilità di concedere prestazioni a titolo provvisorio ai sensi dell'art. 45.2 del Reg. 574/72

15 ☐ Si devono ☐ Non si devono effettuare trattenute sugli arretrati ai fini della compensazione di cui all'art. 111 del Reg. 574/72

15.1 Gli eventuali arretrati di pensione

☐ possono ☐ non possono essere pagati direttamente al beneficiario

15.2 Banca o indirizzo cui deve essere inviato il pagamento diretto: .....

16 In allegato, il formulario ☐ E 205 ☐ E 206 ☐ E 207

E 202

17	Istituzione d'istruttoria

17.1 Denominazione: .....

.....

17.2 Indirizzo (3): .....

.....

17.3 Timbro

17.4 Data: .....

17.5 Firma

.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso è composto da 6 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, 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; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(2) Ove il formulario sia trasmesso ad una istituzione danese, si indichi il numero CPR ed eventualmente il numero ATP.

(3) Via, numero, codice postale, località, paese.

(4)
- Il cognome è quello usuale oppure quello acquisito per matrimonio. Se il formulario è compilato da un'istituzione olandese e se l'assicurato o l'avente diritto è una donna sposata o che lo è stata, il cognome da indicare è quello del marito attuale o dell'ultimo marito.
- Il cognome di nascita dev'essere sempre indicato; nel caso sia identico a quello di famiglia, iscrivere «idem». Se il formulario è compilato da un'istituzione olandese e se l'assicurato o l'avente diritto è una donna sposata o che lo è stata, il cognome da indicare è quello da nubile.
- Gli avverbi «detto» e «alias» e le particelle devono essere indicati integralmente e nell' ordine dello stato civile.
- Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
- Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile), nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(5) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.

(6) Da indicare in particolare nei casi di adesione o di utilizzazione di soprannomi entrati nell'uso corrente.
Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.

(7) M = maschile; F = femminile.

(8) Informazione necessaria per i cittadini spagnoli o per i cittadini francesi quando il loro paese di nascita differisce dal territorio metropolitano francese.

(9) Da compilare, per quanto possibile, ad uso delle istituzioni tedesche, belghe, francesi, italiane, lussemburghesi ed olandesi.
Qualora l'istituzione d'istruttoria non sia in possesso dell'informazione, l'istituzione competente si rivolgerà direttamente all'interessato.

(9 bis) Ad uso delle istituzioni belghe, precisare anche la data accanto alla casella corrispondente.

(10) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.

(10 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(11) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 1° agosto 1921 = 01. 08. 1921).

(12) Per le città francesi con più circoscrizioni si indichi il numero della circoscrizione (esempio: Parigi 14). Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(13) *Informazione obligatoria per i cittadini spagnoli, francesi o italiani. Questa rubrica comporta, a seconda dei paesi,* l'indicazione di appartenenza territoriale del luogo di nascita (esempio: per quanto concerne la Francia, per un comune di nascita: Lille, si indichi il dipartimento di nascita: Nord, associato al numero di codice del dipartimento se l'assistito lo conosce, nella fattispecie: 59. L'informazione sarà pertanto: Nord 59). Per le persone nate in Spagna, indicare solo la provincia.

(14) Sigla del paese di nascita dell'assistito codificato secondo il codice internazionale dei veicoli automobilistici.

(15) Ove il formulario sia trasmesso ad una istituzione danese, si indichi l'ultimo indirizzo in Danimarca del richiedente nel seguente riquadro.

Indirizzo (3): .....

.....

(16) Da compilare per le istituzioni tedesche, greche, spagnole, irlandesi, portoghesi e del Regno Unito.

(16 bis) Ad uso delle istituzioni spagnole.

(17) Da compilare per le istituzioni tedesche, spagnole, irlandesi e portoghesi.

(18) Da compilare per le istituzioni belghe, danesi, francesi (importo annuale), tedesche, greche e portoghesi (importo mensile).

(19) Le istituzioni tedesche, spagnole, greche e francesi potranno richiedere ulteriormente un formulario E 213.

(19 bis) Ad uso delle istituzioni portoghesi, compilare anche il foglio E 202 intercalare 2.

(20) Da compilare esclusivamente per le istituzioni irlandesi o del Regno Unito.

(21) Da compilare per le istituzioni danesi, spagnole, francesi, italiane, lussemburghesi, olandesi e portoghesi.

(22) Per le istituzioni spagnole e francesi, indicare la natura del rischio (invalidità, vecchiaia) e la natura del diritto (proprio o derivato).

(23) Da compilare per le istituzioni belghe, danesi, spagnole, francesi, irlandesi, italiane, olandesi, portoghesi e del Regno Unito.

(24) Da compilare per le istituzioni danesi, spagnole e olandesi (importo annuo), francesi (importo trimestrale) italiane e portoghesi (importo mensile).

(25) Ad uso delle istituzioni italiane, compilare il foglio E 202 intercalare 1.

(26) Si indichi l'indirizzo comune. Ove uno dei figli risieda altrove, lo si indichi nel quadro seguente.

Cognome e nomi: .....

Indirizzo (3): .....

.....

(27) Ad uso delle istituzioni spagnole, indicare se il figlio invalido è titolare di una pensione di invalidità a titolo personale.

(28) Indicare se il figlio è coniugato, minorato, deceduto (indicare la data di morte), apprendista, se prosegue gli studi.

(29) Da compilare ad uso delle istituzioni tedesche, francesi, italiane e portoghesi.

E 202 intercalare 1

QUADRO 11. «FIGLI»
INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI AD USO DELLE ISTITUZIONI ITALIANE

Da compilare qualora l'istituzione d'istruttoria non sia tenuta a corrispondere le prestazioni ai figli ai sensi dell'art. 77 del regolamento n. 1408/71.

1 ☐ I figli elencati alle linee n. ..... della voce 11.1 esercitano una attività professionale

1.1 Specificare per ciascun figlio:
la natura dei redditi: .....

l'importo dei redditi ☐ settimanale ☐ mensile ☐ annuo .....

2 ☐ I figli elencati alle linee n. ..... della voce 11.1 beneficiano di altri redditi

2.1 Specificare per ciascun figlio:
la natura dei redditi: .....

l'importo dei redditi ☐ settimanale ☐ mensile ☐ annuo .....

3 ☐ Per i figli elencati alle linee n. ..... della voce 11.1, la seguente persona

(cognome, nome) .....

(indirizzo) .....

.....

ha diritto ad assegni o prestazioni familiari in conseguenza dell'esercizio di un'attività professionale
(articolo 79, paragrafo 3, del regolamento n. 1408/71)

3.1 Tali assegni o prestazioni familiari devono essere corrisposti dall'istituzione seguente:

(denominazione) .....

(indirizzo) .....

.....

E 202 intercalare 2

QUADRO 9 (9.2)
INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI AD USO DELLE ISTITUZIONI PORTOGHESI

Da compilare qualora il richiedente abbia dichiarato di aver bisogno dell'assistenza di un terzo per espletare gli atti della vita quotidiana.

1 Identificazione della persona che presta assistenza

1.1 Cognome: .....

Nomi: .....

1.2 Indirizzo (via, numero, codice postale, località, paese) .....

.....

2 Informazione dell'istituzione di istruttoria

2.1 ☐ Abbiamo constatato che la persona summenzionata aiuta effettivamente il richiedente nell'espletamento degli atti della vita quotidiana (igiene personale, nutrizione, spostamenti, ecc.)

2.2 ☐ Non abbiamo constatato che la persona suindicata aiuta effettivamente il richiedente.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 5 e 6

E 203 ☐ (1)

Stato	Numero di matricola dell'assicurato deceduto (2)	Istituzione in causa (eventualmente, organismo di collegamento)
1)		.....
2)		.....
3)		.....
4)		.....
5)		.....

ISTRUTTORIA DI UNA DOMANDA DI PENSIONE AI SUPERSTITI

Reg. 1408/71: art. 10.2; art. da 44 a 50; art. 78
Reg. 574/72: art. da 36 a 38; art. da 41 a 43; art. da 45 a 47; art. 49; art. 90 (*), art. 111

Da compilarsi a cura dell'istituzione di istruttoria, che ne trasmetterà un esemplare a ciascuna delle istituzioni presso le quali il lavoratore è stato assicurato (istituzioni in causa) o all'organismo di collegamento.

1 Istituzione destinataria (istituzione in causa, organismo di collegamento)

1.1 Denominazione : .....
1.2 Indirizzo (3): .....
.....

A. Notizie concernenti l'assicurato deceduto

2

2.1 Cognome (4): .....
2.2 Cognome di nascita (4): .....
2.3 Nomi (5): .....
2.4 Cognomi precedenti (6): .....
2.5 Sesso (7): .....
2.6 Cognome e nomi del padre (8): .....
2.7 Cognome e nomi della madre (8): .....
2.8 Stato civile:

☐ celibe
☐ sposato dal (9 bis) .....
☐ divorziato e risposato dal (9) (9 bis) .....
☐ divorziato non risposato dal (9) (9 bis) .....
☐ separato dal (9 bis) .....
☐ vedovo dal (9 bis) .....

3 Cittadinanza (10): ..... D.N.I. (10 bis) .....

4 Nascita del lavoratore

4.1 Data (11): .....
4.2 Località (12): .....
4.3 Provincia o dipartimento (13): .....
4.4 Paese (14): .....

5 Indirizzo (3) (15)

.....
.....

6

6.1 N. di matricola presso l'istituzione d'istruttoria: .....
6.2 Riferimento della pratica presso l'istituzione d'istruttoria: .....

(*) Questo articolo non si applica per i Paesi Bassi.

7 Alla data della morte, l'assicurato
☐ esercitava ☐ non esercitava più un'attività professionale.

8

8.1 Data e luogo della morte: .....

8.2 Si presume che la morte ([16]) ☐ sia ☐ non sia conseguenza di un infortunio sul lavoro o di una malattia professionale.

8.3 Si presume che la morte ([17]) ☐ sia stata ☐ non sia stata causata da terzi

8.4 In caso di assenza
☐ data delle ultime notizie: .....
☐ data fissata dalla dichiarazione di morte presunta ([18]) ([18 bis]): .....

9

9.1 Alla data del suo matrimonio, l'assicurato ([19]) ☐ era ☐ non era

titolare di una pensione o rendita del regime dei lavoratori ☐ subordinati ☐ autonomi

9.2 Alla data della sua morte, l'assicurato ☐ era ☐ non era

titolare di una pensione o rendita del regime dei lavoratori ☐ subordinati ☐ autonomi

In caso affermativo, si indichi:

9.3 — la natura della pensione o della rendita: .....

9.4 — il numero della pensione o della rendita: .....

9.5 — l'istituzione debitrice della prestazione: .....
.....

9.6 — la data di decorrenza: .....

9.7 — eventualmente, la data di cessazione: .....

10 L'assicurato ☐ aveva richiesto ☐ non aveva richiesto il differimento della pensione di vecchiaia cui avrebbe avuto diritto (in caso affermativo, indicare lo Stato: .....)

10.1 L'assicurato aveva
☐ chiesto ☐ ottenuto un rimborso di contributi

10.2 Il coniuge ha
☐ chiesto ☐ ottenuto un rimborso di contributi

B. Notizie riguardanti gli aventi diritto

11 Vedova o vedovo ([19 bis]) o altri aventi diritto, eccettuati i figli ([20]) ([21])

11.1 Cognome ([4])
.....

11.2 Nomi ..... Cognome da nubile ..... Luogo di nascita ([12]) .....

11.3 Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza ..... D.N.I. ([10 bis]) .....

11.4 Indirizzo ([3]) ([22]): .....
.....

11.5 Data del matrimonio: .....

11.6 Data eventuale ☐ della separazione ([22 bis]) ☐ del divorzio .....

11.7 Data dell'eventuale nuovo matrimonio: .....

11.8 Cognome e nomi del secondo marito o della seconda moglie: .....

11.9 Rapporto di parentela e stato civile (per gli aventi diritto, che non siano la vedova o il vedovo):
.....

12

12.1 La persona di cui al quadro 11

12.2 ☐ esercita ☐ non esercita un'attività subordinata

12.3 ☐ esercita ☐ non esercita un'attività autonoma

12.4 In caso affermativo, importo del reddito annuo (23): .....

12.5 La persona di cui al quadro 11

12.6 ☐ era a carico ☐ non era a carico dell'assicurato deceduto (24)

12.7 ☐ è inabile ☐ non è inabile al lavoro

☐ permanentemente

☐ temporaneamente per più di 3 mesi (25)

12.8 ☐ ha bisogno (25 bis) ☐ non ha bisogno dell'assistenza di altra persona (26)

12.9 La persona indicata al quadro 11

☐ beneficia di pensione o rendita dal ..... al .....

☐ non beneficia di pensione o rendita

12.10 In caso affermativo: natura della pensione o rendita (27): .....

12.11 Numero della pensione o rendita: .....

12.12 Importo alla data di presentazione della domanda: .....

12.13 Istituzione debitrice: .....

12.14 La persona di cui al quadro 11 (28)

☐ beneficia di una pensione o rendita ai superstiti a carico dell'assicurazione infortuni – malattie professionali

Istituzione debitrice: .....

Numero della pensione o rendita: .....

12.15 La vedova (29)

☐ ha figli a carico ☐ non ha figli a carico

per i quali percepisce assegni familiari o una pensione per orfani

12.16 Istituzione debitrice: .....

12.17 Ove la vedova di cui al quadro 11 sia incinta, data probabile del parto:

.....

13

13.1 Altri redditi del(la) vedovo/a: natura: .....

importo (30): .....

☐ nessuno

13.2 Altri redditi noti degli altri aventi diritto:

natura: .....

importo (30): .....

14 Figli (31)

14.1	Cognome (4)	Nomi	Data di nascita	Rapporto di parentela
1.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
3.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
4.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

14.2 È competente per la concessione delle prestazioni di cui all'articolo 77 del Reg. n. 1408/71

☐ l'istituzione di istruttoria

☐ l'istituzione indicata qui di seguito .....

14.3 L'istituzione di istruttoria

☐ per i figli indicati alle righe n. ..... del punto 14.1 concede prestazioni fino al ..... compreso

☐ non concede prestazioni per i figli indicati alle righe n. ..... del punto 14.1 (32)

☐ non ha ancora preso decisioni in merito al diritto alle prestazioni

14.4 Indirizzo (3) (33): .....

.....

14.5 Osservazioni (34) (34 bis) (34 ter): .....

C. Informazioni varie

15 ☐ Data di inoltro della presente domanda: .....

☐ Data di decorrenza della pensione o rendita: .....

16 L'istituzione d'istruttoria ☐ corrisponde ☐ non corrisponde prestazioni a titolo provvisorio ai sensi dell'art. 45.1 del Reg. 574/72

16.1 In caso negativo, si verifichi se è possibile erogare prestazioni a titolo provvisorio ai sensi dell'art. 45.2 del Reg. 574/72

17 ☐ Si devono ☐ Non si devono effettuare trattenute per una compensazione ai sensi dell'art. 111 del Reg. 574/72

17.1 Gli eventuali arretrati di pensione

☐ possono ☐ non possono essere pagati direttamente al beneficiario

17.2 Banca o indirizzo cui deve essere inviato il pagamento diretto: .....

18 In allegato, il formulario ☐ E 205 ☐ E 206 ☐ E 207

19 Istituzione d'istruttoria

19.1 Denominazione: .....

.....

19.2 Indirizzo (3): .....

.....

19.3 Timbro

19.4 Data: .....

19.5 Firma

.....

E 203

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso è composto da 6 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, 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; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(2) Ove il formulario sia trasmesso ad una istituzione danese, si indichi il numero CPR ed eventualmente il numero ATP dell'assicurato deceduto.

(3) Via, numero, codice postale, località, paese.

(4) — Il cognome è quello usuale oppure quello acquisito per matrimonio. Se il formulario è compilato da un'istituzione olandese e se l'assicurato o l'avente diritto è una donna sposata o che lo è stata, il cognome da indicare è quello del marito attuale o dell'ultimo marito.
— Il cognome di nascita dev'essere sempre indicato; nel caso sia identico a quello di famiglia, iscrivere «Idem». Se il formulario è compilato da un'istituzione olandese e se l'assicurato o l'avente diritto è una donna sposata o che lo è stata, il cognome da indicare è quello da nubile.
— Gli avverbi «detto» e «alias» e le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
— Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
— Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(5) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.

(6) Da indicare in particolare nei casi di adozione o di utilizzazione di soprannomi entrati nell'uso corrente.
gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.

(7) M = maschile; F = femminile.

(8) Informazione necessaria per i cittadini spagnoli o per i cittadini francesi il cui paese di nascita differisce dal territorio metropolitano francese.

(9) Da compilare, per quanto possibile, per le istituzioni tedesche, belghe, francesi, italiane, lussemburghesi, olandesi e portoghesi. Qualora l'istituzione d'istruttoria non sia in possesso dell'informazione, l'istituzione competente si rivolgerà direttamente all'interessato.

(9 bis) Ad uso delle istituzioni belghe, precisare anche la data accanto alla casella corrispondente.

(10) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.

(10 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(11) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 1° agosto 1921 = 01. 08. 1921).

(12) Per le città francesi con più circoscrizioni si indichi il numero della circoscrizione (esempio: Parigi 14). Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(13) Informazione obbligatoria per i cittadini spagnoli, francesi o italiani. Questa rubrica comporta, a seconda dei paesi, l'indicazione di appartenenza territoriale del luogo di nascita (esempio: per quanto concerne la Francia, per un comune di nascita: Lille, si indichi il dipartimento di nascita: Nord, associato al numero di codice del dipartimento se l'assistito lo conosce, nella fattispecie: 59. L'informazione sarà pertanto: Nord 59). Per le persone nate in Spagna, indicare solo la provincia.

(14) Sigla del paese di nascita dell'assistito codificata secondo il codice internazionale dei veicoli automobilistici.

(15) Ove il formulario sia trasmesso ad una istituzione danese, si indichi l'ultimo indirizzo in Danimarca dell'assicurato defunto nel seguente riquadro.

Indirizzo (3): .....
.....

(16) Da compilare per le istituzioni tedesche, greche, spagnole, irlandesi, italiane, lussemburghesi, portoghesi e del Regno Unito.

(17) Da compilare per le istituzioni tedesche, greche, spagnole, lussemburghesi e portoghesi.

(18) Ad uso delle istituzioni greche e francesi, indicare la data di denuncia della scomparsa alla polizia.

(18 bis) Ad uso delle istituzioni spagnole, indicare anche le circostanze della scomparsa.

(19) Da compilare per le istituzioni francesi, greche e lussemburghesi.

(19 bis) Ad uso delle istituzioni portoghesi, compilare anche il foglio intercalare 3.

(20) Qualora le persone da indicare al quadro 11 siano più di una, aggiungere altrettante pagine 2 e 3 in modo che i quadri 11 e 12 siano compilati per ciascuna di esse. In proposito, si rende noto che, nei Paesi Bassi, la vedova, la moglie divorziata o separata possono aver diritto alla pensione «di vedova» se hanno meno di 65 anni. Le vedove, mogli divorziate o separate che hanno più di 65 anni possono aver diritto alla pensione di vecchiaia. In questo caso, un formulario E 202 dev'essere compilato a nome della moglie.

(21) Ad uso delle istituzioni italiane, compilare anche il foglio intercalare 1.

(22) Ove il formulario sia trasmesso ad una istituzione danese, si indichi l'ultimo indirizzo in Danimarca dell'avente diritto.

Indirizzo (3): .....

.....

(22 bis) Ad uso delle istituzioni spagnole, indicare la natura dell'atto, a seconda che si tratti di separazione di fatto o di diritto.

(23) Da compilare per le istituzioni danesi e francesi.

(24) Da compilare per le istituzioni tedesche, greche, spagnole, francesi, italiane e lussemburghesi.

(25) Da compilare per le istituzioni belghe e olandesi.

(25 bis) Ad uso delle istituzioni portoghesi, compilare anche il foglio intercalare 4.

(26) Da compilare per le istituzioni greche, francesi, irlandesi e del Regno Unito.

(27) Ad uso delle istituzioni tedesche, spagnole, francesi e portoghesi, precisare se trattasi di un diritto personale o di reversibilità.

(28) Da compilare per le istituzioni belghe, tedesche, lussemburghesi e portoghesi.

(29) Da compilare per le istituzioni belghe, tedesche, francesi e lussemburghesi.

(30) Da compilare per le istituzioni danesi, spagnole (importo annuo), francesi (importo trimestrale) tedesche e italiane (importo mensile).

(31) Da compilare per le istituzioni danesi, tedesche, greche, spagnole, francesi, irlandesi, italiane, olandesi, portoghesi e del Regno Unito.

(32) Ad uso delle istituzioni italiane, compilare anche il foglio intercalare 2.

(33) Si indichi l'indirizzo comune. Ove uno dei figli risieda altrove, lo si indichi nel quadro seguente:

Cognome e nomi: .....

Indirizzo (3): .....

.....

(34) Indicare se il figlio è coniugato, ammalato, deceduto (data di morte), apprendista o se prosegue gli studi. Ad uso delle istituzioni portoghesi, nel caso di un figlio che ha bisogno dell'aiuto di un terzo, compilare il foglio intercalare 4.

(34 bis) Ad uso delle istituzioni spagnole, indicare se il figlio invalido è titolare di una pensione d'invalidità a titolo personale.

(34 ter) Ad uso delle istituzioni portoghesi, se uno dei figli ha un rappresentante legale diverso da quello degli altri figli, indicarlo nel seguente riquadro:

Figli:

— Cognome: .....

— Nomi: .....

Rappresentante legale

— Cognome: .....

— Nomi: .....

— Indirizzo (3): .....

.....

E 203 intercalare 1

QUADRO 11 — AVENTI DIRITTO DIVERSI DAI FIGLI
INFORMAZIONI COMPLEMENTARI PER LE ISTITUZIONI ITALIANE

Da compilare nel caso in cui la domanda di pensione venga presentata all'estero per il genitore superstite da fratelli celibi o sorelle nubili del lavoratore deceduto.

1 — Se il richiedente è un genitore superstite, indicare se il lavoratore deceduto ha lasciato superstiti

☐ il coniuge ☐ sì ☐ no

☐ i figli ☐ sì ☐ no

2 — Se il richiedente è un fratello o una sorella del lavoratore deceduto, indicare se questi ha lasciato superstiti

☐ il coniuge ☐ sì ☐ no

☐ i figli ☐ sì ☐ no

☐ i genitori ☐ sì ☐ no

E 203 intercalare 2

QUADRO 14. «FIGLI»
INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI AD USO DELLE ISTITUZIONI ITALIANE

Da compilare qualora l'istituzione d'istruttoria non sia tenuta a corrispondere le prestazioni ai figli ai sensi dell'art. 78 del regolamento n. 1408/71.

1 ☐ I figli elencati alle linee n. ..... della voce 14.1 esercitano una attività professionale

1.1 Specificare per ciascun figlio:
la natura dei redditi: .....

l'importo dei redditi ☐ settimanale ☐ mensile ☐ annuo .....

2 ☐ I figli elencati alle linee n. ..... della voce 14.1 beneficiano di altri redditi

2.1 Specificare per ciascun figlio:
la natura dei redditi: .....

l'importo dei redditi ☐ settimanale ☐ mensile ☐ annuo .....

3 ☐ Per i figli elencati alle linee n. ..... della voce 14.1, la seguente persona

(cognome, nome) .....

(indirizzo) .....

.....

ha diritto ad assegni o prestazioni familiari in conseguenza dell'esercizio di un'attività professionale
(articolo 79, paragrafo 3, del regolamento n. 1408/71)

3.1 Tali assegni o prestazioni familiari devono essere corrisposti dall'istituzione seguente:

(denominazione) .....

(indirizzo) .....

.....

E 203 intercalare 3

QUADRO 11
INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI AD USO DELLE ISTITUZIONI PORTOGHESI

Da compilare qualora la domanda sia presentata dalla vedova o dal vedovo dell'assicurato(a).

1. ☐ La vedova o il vedovo viveva sotto il tetto coniugale ed era a carico dell'assicurato(a) deceduto(a).

2. ☐ La vedova o il vedovo non viveva sotto il tetto coniugale e non era a carico dell'assicurato(a) deceduto(a).

2.1 ☐ Ha abbandonato i figli nati dal matrimonio.

2.2 ☐ Non ha abbandonato i figli nati dal matrimonio.

2.3 ☐ Vive o ha vissuto «more uxorio» dopo il decesso dell'assicurato(a) ([1]).

2.4 ☐ Non vive e non ha vissuto «more uxorio» dopo il decesso dell'assicurato(a) ([1]).

3. ☐ Le informazioni richieste ai punti da 2.1 a 2.4 sono state raccolte in base alle dichiarazioni del(la) vedovo(a) che presenta la domanda di pensione superstiti.

NOTA

([1]) Per il Regno Unito, la presentazione di una domanda di pensione di vedova è considerata come dichiarazione da parte sua che non vive «more uxorio» dalla data di decesso del marito.

E 203 intercalare 4

QUADRO 14 (14.5)
INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI AD USO DELLE ISTITUZIONI PORTOGHESI

Da compilare qualora il richiedente abbia dichiarato di aver bisogno dell'assistenza di un terzo per espletare gli atti della vita quotidiana.

1 Identificazione della persona che presta assistenza

1.1 Cognome: .....

Nomi: .....

1.2 Indirizzo (via, numero, codice postale, località, paese): .....

.....

2 Informazione dell'istituzione di istruttoria

2.1 ☐ Abbiamo constatato che la persona summenzionata aiuta effettivamente il richiedente nell'espletamento degli atti della vita quotidiana (igiene personale, nutrizione, spostamenti, ecc.)

2.2 ☐ Non abbiamo constatato che la persona suindicata aiuta effettivamente il richiedente.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 5 e 6

E 204 ☐ (1)

Stato	Numero di matricola dell'assicurato deceduto (2)	Istituzione in causa (Eventualmente, organismo di collegamento)
1)	.....	.....
2)	.....	.....
3)	.....	.....
4)	.....	.....
5)	.....	.....

ISTRUTTORIA DI UNA DOMANDA DI PENSIONE D'INVALIDITÀ

Reg. 1408/71: art. 10.2; art. da 44 a 50; art. 77
Reg. 574/72: art. da 36 a 38; art. da 41 a 43; art. da 45 a 47; art. 49; art. 90; art. 111*

Da compilarsi a cura dell'istituzione d'istruttoria, che ne trasmetterà un esemplare a ciascuna delle istituzioni presso le quali il lavoratore è stato assicurato (istituzioni in causa) oppure all'organismo di collegamento.

1 Istituzione destinataria (istituzione in causa o organismo di collegamento)

1.1 Denominazione: .....
1.2 Indirizzo (3): .....
.....

A. Notizie concernenti l'assicurato

2

2.1 Cognome (4): .....
2.2 Cognome di nascita (4): .....
2.3 Nomi (5): .....
2.4 Cognomi precedenti (6): .....
2.5 Sesso (7): .....
2.6 Cognome e nomi del padre (8): .....
2.7 Cognome e nomi della madre (8): .....
2.8 Stato civile:

☐ celibe ☐ divorziato e risposato (9) ☐ separato
☐ sposato ☐ divorziato non risposato (9) ☐ vedovo

3 Cittadinanza (10): ..... D.N.I. (10 bis) .....

4 Nascita

4.1 Data (11): .....
4.2 Località (12): .....
4.3 Provincia o dipartimento (13): .....
4.4 Paese (14): .....

5 Indirizzo (3) (15)

.....
.....

6

6.1 N. di matricola presso l'istituzione d'istruttoria: .....
6.2 Riferimento dalla pratica presso l'istituzione d'istruttoria: .....

(*) Questo articolo non si applica per i Paesi Bassi.

7 Data alla quale è stato fissato l'inizio dell'invalidità: .....

7.1 Data d'inizio dell'inabilità al lavoro seguita da invalidità ([15 bis]): .....

7.2 L'interessato

☐ esercita ☐ non esercita

☐ un 'attività subordinata ☐ un'attività autonoma

7.3 Se esercita un'attività subordinata ([16]) si indichi:

l'importo della retribuzione: ..... la durata settimanale del lavoro: .....

7.4 Data di cessazione dell'attività lavorativa

☐ come lavoratore subordinato .....

☐ come lavoratore autonomo .....

7.5 Natura di detta attività: .....

7.6 Se svolge un'attività autonoma, l'importo del reddito professionale ([17]): .....

Natura di tale attività: .....

7.7 Altri redditi noti (importo e natura) ([18]): .....

7.8 Si presume che l'invalidità

☐ sia stata causata	☐ non sia stata causata	da terzi
☐ deriva	☐ non deriva	da un infortunio sul lavoro o da malattia professionale ([19])
☐ deriva	☐ non deriva	da un infortunio extra lavorativo ([19 bis])

8 Dall'inizio dell'inabilità al lavoro, l'interessato

☐ è stato sottoposto a riabilitazione professionale

☐ non è stato sottoposto a riabilitazione professionale

In caso affermativo, si indichi:

8.1 per ottenere quale posto di lavoro: .....

8.2 il datore di lavoro per conto del quale ha esercitato la nuova attività:

Nome o ragione sociale: .....

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

.....

8.3 la data d'inizio e di cessazione dell'occupazione: .....

9

		ha chiesto le prestazioni seguenti	e/o beneficia delle prestazioni seguenti
9.1	L'assicurato		
9.2	Pagamento della retribuzione in caso di malattia	☐	☐
9.3	Indennità dell'assicurazione malattia per inabilità al lavoro	☐	☐
9.4	Indennità per rieducazione	☐	☐
9.5	Pensione d'invalidità	☐	☐
9.6	Pensione di vecchiaia	☐	☐
9.7	Pensione ai superstiti	☐	☐
9.8	Rendita per infortunio sul lavoro o malattia professionale	☐	☐
9.9	Prestazioni in caso di disoccupazione	☐	☐
9.10	Prestazioni per l'assistenza di un terzo ([20])	☐	☐
9.11	Rimborsi di contributi	☐	☐

9.12 Istituzione/i debitrice/i delle prestazioni comprese da 9.3 a 9.10 [denominazione, indirizzo ([3])]

ad 9... .....

ad 9... .....

ad 9... .....

ad 9... .....

9.13 Informazioni complementari sulle prestazioni di cui alle voci da 9.3 a 9.10

	Numero di riferimento	Periodo o decorrenza	Importo
ad 9.....	.....	.....	☐ settimanale ☐ mensile ☐ annuo
ad 9.....	.....	.....	☐ settimanale ☐ mensile ☐ annuo
ad 9.....	.....	.....	☐ settimanale ☐ mensile ☐ annuo
ad 9.....	.....	.....	☐ settimanale ☐ mensile ☐ annuo

9.14 Sono considerate anticipi sulla pensione richiesta:

☐ le indennità dell'assicurazione malattia per inabilità al lavoro

☐ le prestazioni di disoccupazione

☐ .....

B. Informazioni concernenti i familiari dell'assicurato

10 Coniuge

10.1 Cognome (4)

.....

10.2 Nomi ..... Cognome da nubile ..... Sesso .....

10.3 Data di nascita ..... Luogo di nascita (12) .....

10.4 Indirizzo (3) .....

.....

10.5 Data del matrimonio: .....

10.6 Il coniuge ☐ esercita ☐ non esercita un'attività professionale

10.7 In caso affermativo, si indichi l'importo del reddito

☐ settimanale (21) ☐ annuo (22) .....

10.8 Il coniuge ☐ ha presentato una domanda di pensione ☐ regime lavoratori subordinati ☐ regime lavoratori autonomi

☐ è titolare ☐ non è titolare di una pensione o rendita

In caso affermativo si indichi:

10.9 la natura della pensione o della rendita: .....

10.10 il numero della pensione o della rendita (10 bis): .....

10.11 l'istituzione debitrice: .....

10.12 l'importo ☐ mensile ☐ trimestrale ☐ annuo .....

10.13 il coniuge ☐ beneficia ☐ non beneficia di altre prestazioni (23):

☐ disoccupazione ☐ malattia ☐ invalidità ☐ altre

10.14 Data di inizio: .....

10.15 Importo ☐ mensile ☐ trimestrale ☐ annuo .....

10.16 Altri redditi noti: natura .....

importo (24) .....

11 Figli

11.1 Cognome (4) | Nomi | Data di nascita | Rapporto di parentela

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....

11.2 È competente per la concessione delle prestazioni di cui all'articolo 77 del Reg. n. 1408/71:

☐ l'istituzione di istruttoria

☐ l'istituzione indicata qui di seguito .....

11.3 L'istituzione di istruttoria

☐ per i figli indicati alle righe n. ..... del punto 11.1 concede prestazioni fino al ..... compreso

☐ non concede prestazioni per i figli indicati alle righe n. ..... del punto 11.1 (25)

☐ non ha ancora preso decisioni in merito al diritto alle prestazioni

11.4 Indirizzo (3) (26): .....

.....

11.5 Osservazioni (27) (27 bis): .....

12 Ascendenti a carico (28)

12.1 Cognome (4) | Nomi | Data di nascita | Rapporto di parentela

.....

12.2 Indirizzo (3) (26): .....

.....

12.3 Osservazioni: .....

.....

C. Informazioni varie

13 ☐ Data di inoltro della presente domanda: .....

☐ Data di decorrenza della pensione o rendita: .....

14 L'istituzione d'istruttoria

☐ corrisponde ☐ non corrisponde

prestazioni a titolo provvisorio ai sensi dell'art. 45.1 del Reg. 574/72

14.1 In caso negativo, si verifichi se è possibile erogare prestazioni a titolo provvisorio ai sensi dell'art. 45.2 del Reg. 574/72

15 ☐ Si devono ☐ Non si devono
effettuare trattenute sugli arretrati ai fini della compensazione di cui all'art. 111 del Reg. 574/72

15.1 Gli eventuali arretrati di pensione
☐ possono ☐ non possono
essere pagati direttamente al beneficiario

15.2 Banca o indirizzo cui deve essere inviato il pagamento diretto: .....
.....

16 In allegato, il formulario: ☐ E 205 ☐ E 206 ☐ E 207 ☐ E 213 ☐ E 214 (29)

17 Istituzione d'istruttoria

17.1 Denominazione: .....
.....

17.2 Indirizzo (3): .....
.....

17.3 Timbro

17.4 Data: .....

17.5 Firma
.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso è composto da 6 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, 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; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(2) Ove il formulario sia trasmesso ad una istituzione danese, si indichi il numero CPR ed eventualmente il numero ATP.

(3) Via, numero, codice postale, località, paese.

(4) — Il cognome è quello usuale oppure quello acquisito per matrimonio. Se il formulario è compilato da un'istituzione olandese e se l'assicurato o l'avente diritto è una donna sposata o che lo è stata, il cognome da indicare è quello del marito attuale o dell'ultimo marito.
— Il cognome di nascita dev'essere sempre indicato; nel caso sia identico a quello di famiglia, iscrivere «idem». Se il formulario è compilato da un'istituzione olandese e se l'assicurato o l'avente diritto è una donna sposata o che lo è stata, il cognome da indicare è quello da nubile.
— Gli avverbi «detto» e «alias» e le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
— Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
— Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(5) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.

(6) Da indicare in particolare nei casi di adozione o di utilizzazione di soprannomi entrati nell'uso corrente.
Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.

(7) M = maschile; F = femminile.

(8) Informazione necessaria per i cittadini spagnoli o per i cittadini francesi il cui paese di nascita non è il territorio metropolitano francese.

(9) Da compilare, per quanto possibile, per le istituzioni tedesche, francesi, italiane, lussemburghesi ed olandesi.
Qualora l'istituzione d'istruttoria non sia in possesso dell'informazione, l'istituzione competente si rivolgerà direttamente all'interessato.

(10) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.

(10 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza; indicare «nulla».

(11) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 1° agosto 1921 = 01. 08. 1921).

(12) Per le città francesi con più circoscrizioni si indichi il numero della circoscrizione (esempio: Parigi 14). Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(13) Informazione obbligatoria per i cittadini spagnoli, francesi o italiani. Questa rubrica comporta, a seconda dei paesi, l'indicazione di appartenenza territoriale del luogo di nascita (esempio: per quanto concerne la Francia, per un comune di nascita: Lille, si indichi il dipartimento di nascita: Nord, associato al numero di codice del dipartimento se l'assistito lo conosce, nella fattispecie: 59. L'informazione sarà pertanto: Nord 59). Per le persone nate in Spagna, indicare solo la provincia.

(14) Sigla del paese di nascita dell'assicurato codificato secondo il codice internazionale dei veicoli automobilistici.

(15) Ove il formulario sia trasmesso ad una istituzione danese, si indichi l'ultimo indirizzo in Danimarca del richiedente nel seguente riquadro:

Indirizzo (3): ....

(15 bis) Da compilare in modo identico alla voce C 3 dell'E 213.

(16) Da compilare per le istituzioni danesi, tedesche, greche, francesi, lussemburghesi, olandesi e del Regno Unito.

(17) Da compilare per le istituzioni belghe, danesi, tedesche, greche, spagnole, francesi, lussemburghesi, olandesi e portoghesi.

(18) Da compilare esclusivamente per le istituzioni danesi, spagnole e portoghesi.

(19) Da compilare per le istituzioni belghe, tedesche, greche, spagnole, francesi, italiane, lussemburghesi e portoghesi.

(19 bis) Da compilare esclusivamente per le istituzioni greche e spagnole.

(20) Ad uso delle istituzioni portoghesi, quando l'assicurato ha bisogno dell'assistenza di una terza persona, compilare anche il foglio intercalare 2.

(21) Da compilare per le istituzioni irlandesi e del Regno Unito.

(22) Da compilare per le istituzioni belghe, danesi, francesi, italiane, lussemburghesi, olandesi e portoghesi.

(23) Da compilare per le istituzioni belghe, danesi, tedesche, francesi, irlandesi, italiane, olandesi, portoghesi e del Regno Unito.

(24) Da compilare ad uso delle istituzioni belghe, danesi e olandesi (importo annuo), francesi (importo trimestrale), italiane, tedesche, greche, italiane e portoghesi (importo mensile).

(25) Ad uso delle istituzioni italiane, compilare il foglio intercalare 1.

(26) Si indichi l'indirizzo comune. Ove uno dei figli o degli ascendenti risieda altrove, lo si indichi nel quadro seguente:

Cognome e nomi: ..... Indirizzo (3): ....

(27) Indicare se il figlio è coniugato, minorato, deceduto (indicare la data di morte), apprendista, se prosegue gli studi, se è titolare di una prestazione o di un reddito a titolo personale.

(27 bis) Ad uso delle istituzioni spagnole, indicare se il figlio invalido è titolare di una pensione d'invalidità a titolo personale.

(28) Da compilare ad uso delle istituzioni belghe e del Regno Unito.

(29) Nel caso in cui il formulario sia rilasciato o destinato ad una istituzione tedesca o olandese, occorre allegarvi un formulario E 213 ed un formulario E 214.

E 204 intercalare 1

QUADRO 11. «FIGLI»
INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI AD USO DELLE ISTITUZIONI ITALIANE

Da compilare qualora l'istituzione d'istruttoria non sia tenuta a corrispondere le prestazioni ai figli ai sensi dell'art. 77 del regolamento n. 1408/71.

1 ☐ I figli elencati alle linee n. ..... della voce 11.1 esercitano una attività professionale

1.1 Specificare per ciascun figlio:
la natura dei redditi: .....

l'importo dei redditi ☐ settimanale ☐ mensile ☐ annuo: .....

2 ☐ I figli elencati alle linee n. ..... della voce 11.1 beneficiano di altri redditi

2.1 Specificare per ciascun figlio:
la natura redditi: .....

l'importo dei redditi ☐ settimanale ☐ mensile ☐ annuo .....

3 ☐ Per i figli elencati alle linee n. ..... della voce 11.1, la seguente persona

(cognome, nome) .....

(indirizzo) .....

.....

ha diritto ad assegni o prestazioni familiari in conseguenza dell'esercizio di un'attività professionale (articolo 79, paragrafo 3, del regolamento n. 1408/71)

3.1 Tali assegni o prestazioni familiari devono essere corrisposti dall'istituzione seguente:

(denominazione) .....

(indirizzo) .....

.....

E 204 intercalare 2

QUADRO 9 (9.10)
INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI AD USO DELLE ISTITUZIONI PORTOGHESI

Compilare quando il richiedente ha dichiarato di aver bisogno dell'assistenza di un terzo per espletare gli atti della vita quotidiana.

1. Identificazione della persona che presta assistenza

1.1 *Cognome:* .....

Nomi: .....

1.2 Indirizzo (via, numero, codice postale, località, paese) .....

.....

2. Informazione dell'istituzione di istruttoria

2.1 ☐ Abbiamo constatato che la persona summenzionata aiuta effettivamente il richiedente nell'espletamento degli atti della vita quotidiana (igiene personale, nutrizione, spostamenti, ecc.)

2.2 ☐ Non abbiamo constatato che la persona suindicata aiuta effettivamente il richiedente.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 4

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 compilarsi da parte dell'istituzione d'istruttoria per i periodi di assicurazione maturati sotto la legislazione da essa applicata; da allegare ai formulari E 202, E 203 o E 204, secondo i casi. Ciascuna istituzione in causa compila un formulario per i periodi maturati sotto la legislazione da essa applicata e lo trasmette all'istituzione d'istruttoria.

1 Istituzione destinataria (istituzione in causa o istituzione d'istruttoria)

1.1 Denominazione: .....
1.2 Indirizzo (2): .....
.....

Notizie concernenti l'assicurato

2

2.1 Cognome (3): .....
2.2 Cognome di nascita (3): .....
2.3 Nomi (4): .....
2.4 Cognomi precedenti (5): .....
2.5 Sesso (6): .....
2.6 Cognome e nomi del padre (7): .....
2.7 Cognome e nomi della madre (7): .....

3 Cittadinanza (8): ..... D.N.I. (8 bis) .....

4 Nascita

4.1 Data (9): .....
4.2 Località (10): .....
4.3 Provincia o dipartimento (11): .....
4.4 Paese (12): .....

5 Indirizzo (2)

.....
.....

6

6.1 Numero di matricola presso l'istituzione d'istruttoria: .....
6.2 Riferimento della pratica presso l'istituzione d'istruttoria: .....
6.3 Riferimento della pratica presso l'istituzione in causa: .....

7 Avente diritto (13)

7.1 Cognome (3)
.....
7.2 Nomi ..... Cognome da nubile ..... Luogo di nascita (10)
....
7.3 Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (8 bis) .....
7.4 Indirizzo (2): .....
.....

8

Anni (dal 1° gennaio al 31 dicembre)	Numero dei giorni		Professione (15) (16)	Osservazioni (14) (**)
	Periodi di assicura-zione	Periodi equivalenti		
prima del 1926				
1926				
1927				
1928				
1929				
1930				
1931				
1932				
1933				
1934				
1935				
1936				
1937				
1938				
1939				
1940				
1941				
1942				
1943				
1944				
1945				
1946				
1947				
1948				
1949				
1950				
1951				
1952				
1953				
1954				
1955				
1956				
1957				
1958				

8 *(segue)*

Anni (dal 1° gennaio al 31 dicembre)	Numero dei giorni		Professione (15) (16)	Osservazioni (14) (**)
	Periodi di assicurazione	Periodi equivalenti		
1959				
1960				
1961				
1962				
1963				
1964				
1965				
1966				
1967				
1968				
1969				
1970				
1971				
1972				
1973				
1974				
1975				
1976				
1977				
1978				
1979				
1980				
1981				
1982				
1983				
1984				
1985				
1986				
1987				
1988				
1989				

8.1 Durata globale del periodo di assicurazione al regime belga di sicurezza sociale dei — lavoratori subordinati — lavoratori autonomi.

..... | ..... | ..... | ..... + ...giorni supplementari fittizi (*)

8.2 Osservazioni: (*) *Periodi equivalenti non definiti nel tempo.*
(**) Periodi di assicurazione supplementare, prepensionamento (articolo 5 bis AR n. 50)

9 L'assicurato che comprovi un periodo di assicurazione inferiore ad un anno
☐ può beneficiare ☐ non può beneficiare
di una pensione ai sensi della legislazione nazionale (art. 48.1 del Reg. 1408/71)

10 Istituzione che compila il formulario

10.1 Denominazione: .....

10.2 Indirizzo (2): .....

.....

10.3 Timbro

10.4 Data: .....

10.5 Firma

.....

AVVERTENZE

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

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato (B = Belgio).

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

(3) — Il cognome comporta l'indicazione di quello usuale o di quello acquisito per matrimonio.
— Il cognome di nascita deve essere sempre indicato; ove sia identico al cognome di famiglia, indicare eventualmente «idem».
— Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
— Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
— Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(4) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.

(5) Da indicare in particolare nei casi di adozione o di utilizzazione di soprannomi entrati nell'uso corrente.
Gli aevverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.

(6) M = maschile; F = femminile.

(7) Informazione necessaria per i cittadini spagnoli e per i cittadini francesi che non sono nati sul territorio metropolitano francese.

(8) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.

(8 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(9) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 1° agosto 1921 = 01. 08. 1921).

(10) Per le città francesi con più circoscrizioni si indichi il numero della circoscrizione (esempio: Parigi 14). Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(11) Informazione obbligatoria per i cittadini spagnoli, francesi o italiani. Questa rubrica comporta, a seconda dei paesi, l'indicazione di appartenenza territoriale del luogo di nascita (esempio: per quanto concerne la Francia, per un comune di nascita: Lille, si indichi il dipartimento di nascita: Nord, associato al numero di codice del dipartimento se l'assistito lo conosce, nella fattispecie: 59. L'informazione sarà pertanto: Nord 59). Per le persone nate in Spagna, indicare solo la provincia.

(12) Sigla del paese di nascita dell'assicurato codificata secondo il codice internazionale dei veicoli automobilistici.

(13) Da compilare, se del caso.

(14) Specificare al punto 8.2 la natura dei periodi equivalenti.

(15) Per i lavoratori che sono stati occupati nelle miniere o industrie assimilate, allegare un formulario E 206.

(16) Ad uso delle istituzioni, greche, indicare, se possibile, la natura dell'attività.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

E 205 **DK** (1)

ATTESTATO CONCERNENTE LA CARRIERA ASSICURATIVA E LA RESIDENZA IN DANIMARCA

Reg. 1408/71: art. 38; art. 45; art. 48; art. 57.3.c
Reg. 574/72: art. 42.1; art. 43.1, 2, 3; art. 69

Da compilarsi da parte dell'istituzione d'istruttoria per i periodi di assicurazione maturati sotto la legislazione da essa applicata; da allegare ai formulari E 202, E 203 o E 204, secondo i casi. Ciascuna istituzione in causa compila un formulario per i periodi maturati sotto la legislazione da essa applicata e lo trasmette all'istituzione d'istruttoria.

1 Istituzione destinataria (istituzione in causa o istituzione d'istruttoria)

1.1 Denominazione: .....
1.2 Indirizzo (2): .....
.....

Notizie concernenti l'assicurato

2

2.1 Cognome (3): .....
2.2 Cognome di nascita (3): .....
2.3 Nomi (4): .....
2.4 Cognomi precedenti (5): .....
2.5 Sesso (6): .....
2.6 Cognome e nomi del padre (7): .....
2.7 Cognome e nomi della madre (7): .....

3 Cittadinanza (8): ..... D.N.I. (8 bis) .....

4 Nascita

4.1 Data (9): .....
4.2 Località (10): .....
4.3 Provincia o dipartimento (11): .....
4.4 Paese (12): .....

5 Indirizzo (2)

.....
.....

6

6.1 Numero di matricola presso l'istituzione d'istruttoria: .....
6.2 Riferimento della pratica presso l'istituzione d'istruttoria: .....
6.3 Riferimento della pratica presso l'istituzione in causa: .....

7 Avente diritto (13)

7.1 Cognome (3)
.....
7.2 Nomi ..... Cognome da nubile ..... Luogo di nascita (10) .....
7.3 Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (8 bis) .....
7.4 Indirizzo (2): .....
.....

8

Periodi di residenza e periodi equivalenti maturati a norma della legislazione in materia di pensioni sociali			Periodi di residenza		
Anno	dal	al	Anni	Mesi	Giorni

9 L'assicurato che comprovi un periodo di assicurazione inferiore ad un anno
☐ può beneficiare ☐ non può beneficiare
di una pensione ai sensi della legislazione nazionale (art. 48.1 del Reg. 1408/71)

10 Istituzione che compila il formulario

10.1 Denominazione: .....

10.2 Indirizzo (2): .....

.....

10.3 Timbro

10.4 Data: .....

10.5 Firma

.....

AVVERTENZE

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

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato (DK = Danimarca).

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

(3) — Il cognome comporta l'indicazione di quello usuale o di quello acquisito per matrimonio.
— Il cognome di nascita deve essere sempre indicato; ove sia identico al cognome di famiglia, indicate eventualmente «idem».
— Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
— Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
— Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile), nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(4) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.

(5) Da indicare in particolare nei casi di adozione o di utilizzazione di soprannomi entrati nell'uso corrente.
Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.

(6) M = maschile; F = femminile.

(7) Informazione necessaria per i cittadini spagnoli e per i cittadini francesi che non sono nati sul territorio metropolitano francese.

(8) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.

(8 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(9) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 1° agosto 1921 = 01. 08. 1921).

(10) Per le città francesi con più circoscrizioni si indichi il numero della circoscrizione (esempio: Parigi 14). Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(11) Informazione obbligatoria per i cittadini spagnoli, francesi o italiani. Questa rubrica comporta, a seconda dei paesi, l'indicazione di appartenenza territoriale del luogo di nascita (esempio: per quanto concerne la Francia, per un comune di nascita: Lille, si indichi il dipartimento di nascita: Nord, associato al numero di codice del dipartimento se l'assistito lo conosce, nella fattispecie: 59, L'informazione sarà pertanto: Nord 59). Per le persone nate in Spagna, indicare solo la provincia.

(12) Sigla del paese di nascita dell'assicurato codificata secondo il codice internazionale dei veicoli automobilistici.

(13) Da compilare, se del caso.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

E 205 **D** (1)

ATTESTATO CONCERNENTE LA CARRIERA ASSICURATIVA IN GERMANIA (RF)

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 compilarsi da parte dell'istituzione d'istruttoria per i periodi di assicurazione maturati sotto la legislazione da essa applicata; da allegare ai formulari E 202, E 203 o E 204, secondo i casi. Ciascuna istituzione in causa compila un formulario per i periodi maturati sotto la legislazione da essa applicata e lo trasmette all'istituzione d'istruttoria.

1 Istituzione destinataria (istituzione in causa o istituzione d'istruttoria)

1.1 Denominazione: .....
1.2 Indirizzo (2): .....
.....

Notizie concernenti l'assicurato

2

2.1 Cognome (3): .....
2.2 Cognome di nascita (3): .....
2.3 Nomi (4): .....
2.4 Cognomi precedenti (5): .....
2.5 Sesso (6): .....
2.6 Cognome e nomi del padre (7): .....
2.7 Cognome e nomi della madre (7): .....

3 Cittadinanza (8): ..... D.N.I. (8 bis) .....

4 Nascita

4.1 Data (9): .....
4.2 Località (10): .....
4.3 Provincia o dipartimento (11): .....
4.4 Paese (12): .....

5 Indirizzo (2)

.....
.....

6

6.1 Numero di matricola presso l'istituzione d'istruttoria: .....
6.2 Riferimento della pratica presso l'istituzione d'istruttoria: .....
6.3 Riferimento della pratica presso l'istituzione in causa: .....

7 Avente diritto (13)

7.1 Cognome (3)
.....
7.2 Nomi ..... Cognome di nascita ..... Luogo di nascita (10)
....
7.3 Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (8 bis) .....
7.4 Indirizzo (2): .....
.....

8

Periodi di assicurazione e periodi equivalenti maturati			Periodi di assicurazione (14)		Periodi equivalenti (15)		Regime		Professione (16) (17)
Anno	dal	al	Settimane	Mesi	Settimane	Mesi	lavoratori subordinati	Lavoratori autonomi	

9 L'assicurato che comprovi un periodo di assicurazione inferiore ad un anno
☐ può beneficiare ☐ non può beneficiare
di una pensione ai sensi della legislazione nazionale (art. 48.1 del Reg. 1408/71)

10 Istituzione che compila il formulario

10.1 Denominazione: .....
10.2 Indirizzo (2): .....
.....
10.3 Timbro

10.4 Data: .....
10.5 Firma
.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso comporta 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, 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) — Il cognome comporta l'indicazione di quello usuale o di quello acquisito per matrimonio.
— Il cognome di nascita deve essere sempre indicato; ove sia identico al cognome di famiglia, indicare eventualmente «idem».
— Gli avverbi «detto», «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
— Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
— Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile), nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.
(4) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.
(5) Da indicare in particolare nei casi di adozione o di utilizzazione di soprannomi entrati nell'uso corrente.
(6) M = maschile; F = femminile.
(7) Informazione necessaria per i cittadini spagnoli e per i cittadini francesi che non sono nati sul territorio metropolitano francese.
(8) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.
(8 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».
(9) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 1° agosto 1921 = 01. 08. 1921).
(10) Per le città francesi con più circoscrizioni si indichi il numero della circoscrizione (esempio: Parigi 14). Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.
(11) Informazione obbligatoria per i cittadini spagnoli, francesi o italiani. Questa rubrica comporta, a seconda dei paesi, l'indicazione di appartenenza territoriale del luogo di nascita (esempio: per quanto concerne la Francia, per un comune di nascita: Lille, si indichi il dipartimento di nascita: Nord, associato al numero di codice del dipartimento se l'assistito lo conosce, nella fattispecie: 59. L'informazione sarà pertanto: Nord 59). Per le persone nate in Spagna, indicare solo la provincia.
(12) Sigla del paese di nascita dell'assicurato codificata secondo il codice internazionale dei veicoli automobilistici.
(13) Da compilare, se del caso.
(14) Si indichi una F dopo il numero di settimane o di mesi relativi ai periodi di assicurazione volontaria, per distinguerli dai periodi di assicurazione obbligatoria.
(15) Iscrivere una A dopo il numero di settimane o di mesi assimilati, per indicare che si tratta di periodi d'interruzione validi per la misura ma non per il diritto. Inoltre, precisare al punto 8.3 la natura dei periodi assimilati (Ersatzzeiten).
(16) Per i lavoratori che sono stati occupati nelle miniere o industrie assimilate, allegare un formulario E 206.
(17) Per le istituzioni greche, precisare, nella misura del possibile, la natura del lavoro.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

E 205 **GR** (1)

ATTESTATO CONCERNENTE LA CARRIERA ASSICURATIVA IN GRECIA

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 compilarsi da parte dell'istituzione d'istruttoria per i periodi di assicurazione maturati sotto la legislazione da essa applicata; da allegare ai formulari E 202, E 203 o E 204, secondo i casi. Ciascuna istituzione in causa compila un formulario per i periodi maturati sotto la legislazione da essa applicata e lo trasmette all'istituzione d'istruttoria.

1 Istituzione destinataria (istituzione in causa o istituzione d'istruttoria)

1.1 Denominazione: .....
1.2 Indirizzo (2): .....
.....

Notizie concernenti l'assicurato

2

2.1 Cognome (3): .....
2.2 Cognome di nascita (3): .....
2.3 Nomi (4): .....
2.4 Cognomi precedenti (5): .....
2.5 Sesso (6): .....
2.6 Cognome e nomi del padre (7): .....
2.7 Cognome e nomi della madre (7): .....

3 Cittadinanza (8): ..... D.N.I. (8 bis) .....

4 Nascita

4.1 Data (9): .....
4.2 Località (10): .....
4.3 Provincia o dipartimento (11): .....
4.4 Paese (12): .....

5 Indirizzo (2)

.....
.....

6

6.1 Numero di matricola presso l'istituzione d'istruttoria: .....
6.2 Riferimento della pratica presso l'istituzione d'istruttoria: .....
6.3 Riferimento della pratica presso l'istituzione in causa: .....

7 Avente diritto (13)

7.1 Cognome (3)
.....
7.2 Nomi ..... Cognome di nascita ..... Luogo di nascita (10) .....
7.3 Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (8 bis) .....
7.4 Indirizzo (2): .....
.....

8

Periodi di assicurazione e periodi equivalenti maturati			Periodi di assicurazione (14)			Periodi equivalenti (15)			Professione o attività svolta (16) (17)
Anno	dal	al	i anni	i mesi	i giorni	i anni	i mesi	i giorni	

9 L'assicurato che comprovi un periodo di assicurazione inferiore ad un anno
☐ può beneficiare ☐ non può beneficiare
di una pensione ai sensi della legislazione nazionale (art. 48.1 del Reg. 1408/71).

10 Istituzione che compila il formulario

10.1 Denominazione: .....

10.2 Indirizzo (2): .....

.....

10.3 Timbro

10.4 Data: .....

10.5 Firma

.....

AVVERTENZE

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

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato (GR = Grecia).

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

(3) — Il cognome comporta l'indicazione di quello usuale o di quello acquisito per matrimonio.
— Il cognome di nascita deve essere sempre indicato; ove sia identico al cognome di famiglia, indicare eventualmente «idem».
— Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
— Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
— Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile), nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(4) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.

(5) Da indicare in particolare nei casi di adozione o di utilizzazione di soprannomi entrati nell'uso corrente.
Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.

(6) M = maschile; F = femminile.

(7) Informazione necessaria per i cittadini spagnoli e per i cittadini francesi che non sono nati sul territorio metropolitano francese.

(8) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.

(8 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(9) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 1° agosto 1921 = 01. 08. 1921).

(10) Per le città francesi con più circoscrizioni si indichi il numero della circoscrizione (esempio: Parigi 14). Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(11) Informazione obbligatoria per i cittadini spagnoli, francesi o italiani. Questa rubrica comporta, a seconda dei paesi, l'indicazione di appartenenza territoriale del luogo di nascita (esempio: per quanto concerne la Francia, per un comune di nascita: Lille, si indichi il dipartimento di nascita: Nord, associato al numero di codice del dipartimento se l'assistito lo conosce, nella fattispecie: 59. L'informazione sarà pertanto: Nord 59). Per le persone nate in Spagna, indicare solo la provincia.

(12) Sigla del paese di nascita dell'assicurato codificata secondo il codice internazionale dei veicoli automobilistici.

(13) Da compilare, se del caso.

(14) Indicare una V dopo il numero di giorni di assicurazione volontaria per distinguerli dai periodi di assicurazione obbligatoria.

(15) Specificare al punto 8.2 la natura dei periodi equivalenti.

(16) Per i lavoratori che sono stati occupati nelle miniere o industrie assimilate, allegare un formulario E 206.

(17) Precisare il tipo di lavoro e la qualifica.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

E 205 **E** (1)

ATTESTATO CONCERNENTE LA CARRIERA ASSICURATIVA IN SPAGNA

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 compilarsi da parte dell'istituzione d'istruttoria per i periodi di assicurazione maturati sotto la legislazione da essa applicata; da allegare ai formulari E 202, E 203 o E 204, secondo i casi. Ciascuna istituzione in causa compila un formulario per i periodi maturati sotto la legislazione da essa applicata e lo trasmette all'istituzione d'istruttoria.

1 Istituzione destinataria (istituzione in causa o istituzione d'istruttoria)

1.1 Denominazione: .....
1.2 Indirizzo (2): .....
.....

Notizie concernenti l'assicurato

2

2.1 Cognome (3): .....
2.2 Cognome di nascita (3): .....
2.3 Nomi (4): .....
2.4 Cognomi precedenti (5): .....
2.5 Sesso (6): .....
2.6 Cognome e nomi del padre (7): .....
2.7 Cognome e nomi della madre (7): .....

3 Cittadinanza (8): ..... D.N.I. (8 bis) .....

4 Nascita

4.1 Data (9): .....
4.2 Località (10): .....
4.3 Provincia o dipartimento (11): .....
4.4 Paese (12): .....

5 Indirizzo (2):

.....
.....

6

6.1 Numero di matricola presso l'istituzione d'istruttoria: .....
6.2 Riferimento della pratica presso l'istituzione d'istruttoria : .....
6.3 Riferimento della pratica presso l'istituzione in causa: .....

7 Avente diritto (13)

7.1 Cognome (3)
.....
7.2 Nomi ..... Cognome di nascita ..... Luogo di nascita (10) .....
7.3 Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (8 bis) .....
7.4 Indirizzo (2): .....
.....

8

Periodi di assicurazione o periodi equivalenti maturati			Periodi di assicurazione (14)		Periodi equivalenti (15)		Regime	Professione (16) (17)
Anno	dal	al	Anni	Giorni	Anni	Giorni		

9 L'assicurato che comprovi un periodo di assicurazione inferiore ad un anno
☐ può beneficiare ☐ non può beneficiare
di una pensione ai sensi della legislazione nazionale (art. 48.1 del Reg. 1408/71)

10 Istituzione che compila il formulario

10.1 Denominazione: .....

10.2 Indirizzo (2): .....

.....

10.3 Timbro

10.4 Data: .....

10.5 Firma

.....

AVVERTENZE

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

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato (E = Spagna).

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

(3) — Il cognome comporta l'indicazione di quello usuale o di quello acquisito per matrimonio.
— Il cognome di nascita deve essere sempre indicato; ove sia identico al cognome di famiglia, indicare «idem».
— Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
— Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
— Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile), nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(4) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.

(5) Da indicare in particolare nei casi di adozione o di utilizzazione di soprannomi entrati nell'uso corrente.
Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere Indicati Integralmente e nell'ordine dello stato civile.

(6) M = maschile; F = femminile.

(7) Informazione necessaria per i cittadini spagnoli e per i cittadini francesi che non sono nati sul territorio metropolitano francese.

(8) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.

(8 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.) anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(9) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 1° agosto 1921 = 01. 08. 1921).

(10) Per le città francesi con più circoscrizioni si indichi il numero della circoscrizione (esempio: Parigi 14). Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(11) Informazione obbligatoria per i cittadini spagnoli, francesi o italiani. Questa rubrica comporta, a seconda dei paesi, l'indicazione di appartenenza territoriale del luogo di nascita (esempio: per quanto concerne la Francia, per un comune di nascita: Lille, si indichi il dipartimento di nascita: Nord, associato al numero di codice del dipartimento se l'assistito lo conosce, nella fattispecie: 59. L'informazione sarà pertanto: Nord 59). Per le persone nate in Spagna, indicare solo la provincia.

(12) Sigla del paese di nascita dell'assicurato codificata secondo il codice internazionale dei veicoli automobilistici.

(13) Da compilare, se del caso.

(14) Separare con una «V» i periodi di assicurazione volontaria per distinguerli da quelli di assicurazione obbligatoria.

(15) Specificare al punto 8.3 la natura dei periodi assimilati.

(16) Per i lavoratori che sono stati occupati nelle miniere o industrie assimilate, allegare un formulario E 206.

(17) Ad uso delle istituzioni greche, specificare, per quanto possibile, il tipo di lavoro.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

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 compilarsi da parte dell'istituzione d'istruttoria per i periodi di assicurazione maturati sotto la legislazione da essa applicata; da allegare ai formulari E 202, E 203 o E 204, secondo i casi. Ciascuna istituzione in causa compila un formulario per i periodi maturati sotto la legislazione da essa applicata e lo trasmette all'istituzione d'istruttoria.

1 Istituzione destinataria (istituzione in causa o istituzione d'istruttoria)

1.1 Denominazione: .....
1.2 Indirizzo (2): .....
.....

Notizie concernenti l'assicurato

2

2.1 Cognome (3): .....
2.2 Cognome di nascita (3): .....
2.3 Nomi (4): .....
2.4 Cognomi precedenti (5): .....
2.5 Sesso (6): .....
2.6 Cognome e nomi del padre (7): .....
2.7 Cognome e nomi della madre (7): .....

3 Cittadinanza (8): ..... D.N.I. (8 bis) .....

4 Nascita

4.1 Data (9): .....
4.2 Località (10): .....
4.3 Provincia o dipartimento (11): .....
4.4 Paese (12): .....

5 Indirizzo (2)

.....
.....

6

6.1 Numero di matricola presso l'istituzione d'istruttoria: .....
6.2 Riferimento della pratica presso l'istituzione d'istruttoria: .....
6.3 Riferimento della pratica presso l'istituzione in causa: .....

7 Avente diritto (13)

7.1 Cognome (3)
.....
7.2 Nomi ..... Cognome di nascita ..... Luogo di nascita (10)
....
7.3 Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (8 bis) .....
7.4 Indirizzo (2): .....
.....

8

Periodi di assicurazione e periodi equivalenti maturati			Periodi di assicurazione (14)	Periodi equivalenti (15)	Regime		Professione (16) (17)
Anno	dal	al	Trimestri	Trimestri	lavoratori subordinati	lavoratori autonomi	

9 L'assicurato che comprovi un periodo di assicurazione inferiore ad un anno
☐ può beneficiare ☐ non può beneficiare
di una pensione ai sensi della legislazione nazionale (art. 48.1 del Reg. 1408/71)

10 Istituzione che compila il formulario

10.1 Denominazione: .....
10.2 Indirizzo (2): .....
.....
10.3 Timbro

10.4 Data: .....
10.5 Firma
.....

AVVERTENZE

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

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato (F = Francia).
(2) Via, numero, codice postale, località, paese.
(3) — Il cognome comporta l'indicazione di quello usuale o di quello acquisito per matrimonio.
— Il cognome di nascita deve essere sempre indicato; ove sia identico al cognome di famiglia, indicare eventualmente «idem».
— Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
— Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
— Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi, (prenomi, cognome, cognome da nubile), nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.
(4) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.
(5) Da indicare in particolare nei casi di adozione o di utilizzazione di soprannomi entrati nell'uso corrente.
Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
(6) M = maschile; F = femminile.
(7) Informazione necessaria per i cittadini spagnoli e per i cittadini francesi che non sono nati sul territorio metropolitano francese.
(8) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.
(8 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».
(9) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 1° agosto 1921 = 01. 08. 1921).
(10) Per le città francesi con più circoscrizioni si indichi il numero della circoscrizione (esempio: Parigi 14). Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.
(11) Informazione obbligatoria per i cittadini spagnoli, francesi o italiani. Questa rubrica comporta, a seconda dei paesi, l'indicazione di appartenenza territoriale del luogo di nascita (esempio: per quanto concerne la Francia, per un comune di nascita: Lille, si indichi il dipartimento di nascita: Nord, associato al numero di codice del dipartimento se l'assistito lo conosce, nella fattispecie: 59. L'informazione sarà pertanto: Nord 59). Per le persone nate in Spagna, indicare solo la provincia.
(12) Sigla del paese di nascita dell'assicurato codificata secondo il codice internazionale dei veicoli automobilistici.
(13) Da compilare, se del caso.
(14) Si indichi una V dopo i periodi di assicurazione volontaria, per distinguerli dai periodi di assicurazione obbligatoria.
(15) Specificare al punto 8.2 la natura dei periodi equivalenti.
(16) Per i lavoratori che sono stati occupati nelle miniere o industrie assimilate, allegare un formulario E 206.
(17) Per le istituzioni greche, precisare, nella misura del possibile, la natura del lavoro.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

E 205 **IRL** (1)

ATTESTATO CONCERNENTE LA CARRIERA ASSICURATIVA IN IRLANDA

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 compilarsi da parte dell'istituzione d'istruttoria per i periodi di assicurazione maturati sotto la legislazione da essa applicata; da allegare ai formulari E 202, E 203 o E 204, secondo i casi. Ciascuna istituzione in causa compila un formulario per i periodi maturati sotto la legislazione da essa applicata e lo trasmette all'istituzione d'istruttoria.

1 Istituzione destinataria (istituzione in causa o istituzione d'istruttoria)

1.1 Denominazione: .....
1.2 Indirizzo (2): .....
.....

Notizie concernenti l'assicurato

2

2.1 Cognome (3): .....
2.2 Cognome di nascita (3): .....
2.3 Nomi (4): .....
2.4 Cognomi precedenti (5): .....
2.5 Sesso (6): .....
2.6 Cognome e nomi del padre (7): .....
2.7 Cognome e nomi della madre (7): .....

3 Cittadinanza (8): ..... D.N.I. (8 bis) .....

4 Nascita

4.1 Data (9): .....
4.2 Località (10): .....
4.3 Provincia o dipartimento (11): .....
4.4 Paese (12): .....

5 Indirizzo (2)

.....
.....

6

6.1 Numero di matricola presso l'istituzione d'istruttoria: .....
6.2 Riferimento della pratica presso l'istituzione d'istruttoria: .....
6.3 Riferimento della pratica presso l'istituzione in causa: .....

7 Avente diritto (13)

7.1 Cognome (3)
.....
7.2 Nomi ..... Cognome da nubile ..... Luogo di nascita (10)
....
7.3 Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (8 bis) .....
7.4 Indirizzo (2): .....
.....

8

Periodi di assicurazione e periodi equivalenti maturati			Periodi di assicurazione (14)	Periodi equivalenti	Motivo dell'equivalenza (15)	Professione (16) (17)
Anno	dal	al	Settimane	Settimane		

9 L'assicurato che comprovi un periodo di assicurazione inferiore ad un anno
☐ può beneficiare ☐ non può beneficiare
di una pensione ai sensi della legislazione nazionale (art. 48.1 del Reg. 1408/71)

10 Istituzione che compila il formulario

10.1 Denominazione: .....

10.2 Indirizzo (2): .....

.....

10.3 Timbro

10.4 Data: .....

10.5 Firma

.....

AVVERTENZE

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

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato (IRL = Irlanda).

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

(3) — Il cognome comporta l'indicazione di quello usuale o di quello acquisito per matrimonio.
— Il cognome di nascita deve essere sempre indicato; ove sia identico al cognome di famiglia, indicare eventualmente «idem».
— Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
— Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
— Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi, (prenomi, cognome, cognome da nubile), nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(4) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.

(5) Da indicare in particolare nei casi di adozione o di utilizzazione di soprannomi entrati nell'uso corrente.
Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.

(6) M = maschile; F = femminile.

(7) Informazione necessaria per i cittadini spagnoli e per i cittadini francesi che non sono nati sul territorio metropolitano francese.

(8) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.

(8 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(9) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 1° agosto 1921 = 01. 08. 1921).

(10) Per le città francesi con più circoscrizioni si indichi il numero della circoscrizione (esempio: Parigi 14). Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(11) Informazione obbligatoria per i cittadini spagnoli, francesi o italiani. Questa rubrica comporta, a seconda dei paesi, l'indicazione di appartenenza territoriale del luogo di nascita (esempio: per quanto concerne la Francia, per un comune di nascita: Lille, si indichi il dipartimento di nascita: Nord, associato al numero di codice del dipartimento se l'assistito lo conosce, nella fattispecie: 59, L'informazione sarà pertanto: Nord 59). Per le persone nate in Spagna, indicare solo la provincia.

(12) Sigla del paese di nascita dell'assicurato codificata secondo il codice internazionale dei veicoli automobilistici.

(13) Da compilare, se del caso.

(14) Ove si tratti di periodi di assicurazione volontaria, indicare una V dopo il numero di settimane.

(15) Indicare se si tratta di periodi di malattia, di disoccupazione, ecc.

(16) Per i lavoratori che sono stati occupati nelle miniere o industrie assimilate, allegare un formulario E 206. Dette indicazioni possono essere fornite soltanto sulla base delle informazioni date dal lavoratore stesso.

(17) Per le istituzioni greche, precisare, nella misura del possibile, la natura del lavoro.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

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 compilarsi da parte dell'istituzione d'istruttoria per i periodi di assicurazione maturati sotto la legislazione da essa applicata; da allegare ai formulari E 202, E 203 o E 204, secondo i casi. Ciascuna istituzione in causa compila un formulario per i periodi maturati sotto la legislazione da essa applicata e lo trasmette all'istituzione d'istruttoria.

1 Istituzione destinataria (istituzione in causa o istituzione d'istruttoria)

1.1 Denominazione: .....
1.2 Indirizzo (2): .....
.....

Notizie concernenti l'assicurato

2

2.1 Cognome (3): .....
2.2 Cognome di nascita (3): .....
2.3 Nomi (4): .....
2.4 Cognomi precedenti (5): .....
2.5 Sesso (6): .....
2.6 Cognome e nomi del padre (7): .....
2.7 Cognome e nomi della madre (7): .....

3 Cittadinanza (8): ..... D.N.I. (8 bis) .....

4 Nascita

4.1 Data (9): .....
4.2 Località (10): .....
4.3 Provincia o dipartimento (11): .....
4.4 Paese (12): .....

5 Indirizzo (2)

.....
.....

6

6.1 Numero di matricola presso l'istituzione d'istruttoria: .....
6.2 Riferimento della pratica presso l'istituzione d'istruttoria: .....
6.3 Riferimento della pratica presso l'istituzione in causa: .....

7 Avente diritto (13)

7.1 Cognome (3)
.....
7.2 Nomi ..... Cognome di nascita ..... Luogo di nascita (10)
....
7.3 Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (8 bis) .....
7.4 Indirizzo (2): .....
.....

8

Periodi di assicurazione e periodi equivalenti maturati			Periodi di assicurazione (14)		Periodi equivalenti (15)		Regime		Professione (16) (17)
Anno	dal	al	Settimane	Mesi	Settimane	Mesi	lavoratori subordinati	lavoratori autonomi	

9 L'assicurato che comprovi un periodo di assicurazione inferiore ad un anno
☐ può beneficiare ☐ non può beneficiare
di una pensione ai sensi della legislazione nazionale (art. 48.1 del Reg. 1408/71)

10 Istituzione che compila il formulario

10.1 Denominazione: .....
10.2 Indirizzo (2): .....
.....
10.3 Timbro

10.4 Data: .....
10.5 Firma
.....

AVVERTENZE

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

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato (I = Italia).
(2) Via, numero, codice postale, località, paese.
(3) — Il cognome comporta l'indicazione di quello usuale o di quello acquisito per matrimonio.
— Il cognome di nascita deve essere sempre indicato; ove sia identico al cognome di famiglia, indicare eventualmente «idem».
— Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
— Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
— Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi, (prenomi, cognome, cognome da nubile), nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.
(4) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.
(5) Da indicare in particolare nei casi di adozione o di utilizzazione di soprannomi entrati nell'uso corrente.
Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
(6) M = maschile; F = femminile.
(7) Informazione necessaria per i cittadini spagnoli e per i cittadini francesi che non sono nati sul territorio metropolitano francese.
(8) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.
(8 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».
(9) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 1° agosto 1921 = 01. 08. 1921).
(10) Per le città francesi con più circoscrizioni si indichi il numero della circoscrizione (esempio: Parigi 14). Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.
(11) Informazione obbligatoria per i cittadini spagnoli, francesi o italiani. Questa rubrica comporta, a seconda dei paesi, l'indicazione di appartenenza territoriale del luogo di nascita (esempio: per quanto concerne la Francia, per un comune di nascita: Lille, si indichi il dipartimento di nascita: Nord, associato al numero di codice del dipartimento se l'assistito lo conosce, nella fattispecie: 59. L'informazione sarà pertanto: Nord 59). Per le persone nate in Spagna, indicare solo la provincia.
(12) Sigla del paese di nascita dell'assicurato codificata secondo il codice internazionale dei veicoli automobilistici.
(13) Da compilare, se del caso.
(14) 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.
(15) Specificare al punto 8.2 la natura dei periodi equivalenti.
(16) Per i lavoratori che sono stati occupati nelle miniere o industrie assimilate, allegare un formulario E 206.
(17) Per le istituzioni greche, precisare, nella misura del possibile, la natura del lavoro.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

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 compilarsi da parte dell'istituzione d'istruttoria per i periodi di assicurazione maturati sotto la legislazione da essa applicata; da allegare ai formulari E 202, E 203 o E 204, secondo i casi. Ciascuna istituzione in causa compila un formulario per i periodi maturati sotto la legislazione da essa applicata e lo trasmette all'istituzione d'istruttoria.

1 Istituzione destinataria (istituzione in causa o istituzione d'istruttoria)

1.1 Denominazione: .....
1.2 Indirizzo (2): .....
.....

Notizie concernenti l'assicurato

2

2.1 Cognome (3): .....
2.2 Cognome di nascita (3): .....
2.3 Nomi (4): .....
2.4 Cognomi precedenti (5): .....
2.5 Sesso (6): .....
2.6 Cognome e nomi del padre (7): .....
2.7 Cognome e nomi della madre (7): .....

3 Cittadinanza (8): ..... D.N.I. (8 bis) .....

4 Nascita

4.1 Data (9): .....
4.2 Località (10): .....
4.3 Provincia o dipartimento (11): .....
4.4 Paese (12): .....

5 Indirizzo (2)

.....
.....

6

6.1 Numero di matricola presso l'istituzione d'istruttoria: .....
6.2 Riferimento della pratica presso l'istituzione d'istruttoria: .....
6.3 Riferimento della pratica presso l'istituzione in causa: .....

7 Avente diritto (13)

7.1 Cognome (3)
.....

7.2 Nomi ..... Cognome di nascita ..... Luogo di nascita (10) .....

7.3 Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (8 bis) .....

7.4 Indirizzo (2): .....
.....

8

Periodi di assicurazione e periodi equivalenti maturati			Periodi di assicurazione		Periodi equivalenti (14)		Regime	Professione (15) (16)
Anno	dal	al	Giorni	Mesi	Giorni	Mesi		

9 L'assicurato che comprovi un periodo di assicurazione inferiore ad un anno
☐ può beneficiare ☐ non può beneficiare
di una pensione ai sensi della legislazione nazionale (art. 48.1 del Reg. 1408/71)

10 Istituzione che compila il formulario

10.1 Denominazione: .....

10.2 Indirizzo (2): .....

.....

10.3 Timbro

10.4 Data: .....

10.5 Firma

.....

AVVERTENZE

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

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato (L = Lussemburgo).

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

(3) — Il cognome comporta l'indicazione di quello usuale o di quello acquisito per matrimonio.
— Il cognome di nascita deve essere sempre indicato; ove sia identico al cognome di famiglia, indicare eventualmente «idem».
— Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
— Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
— Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile), nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(4) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.

(5) Da indicare in particolare nei casi di adozione o di utilizzazione di soprannomi entrati nell'uso corrente.

(6) M = maschile; F = femminile.

(7) Informazione necessaria per i cittadini spagnoli e per i cittadini francesi che non sono nati sul territorio metropolitano francese.

(8) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.

(8 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(9) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 1° agosto 1921 = 01. 08. 1921).

(10) Per le città francesi con più circoscrizioni si indichi il numero della circoscrizione (esempio: Parigi 14). Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(11) Informazione obbligatoria per i cittadini spagnoli, francesi o italiani. Questa rubrica comporta, a seconda dei paesi, l'indicazione di appartenenza territoriale del luogo di nascita (esempio: per quanto concerne la Francia, per un comune di nascita: Lille, si indichi il dipartimento di nascita: Nord, associato al numero di codice del dipartimento se l'assistito lo conosce, nella fattispecie: 59. L'informazione sarà pertanto: Nord 59). Per le persone nate in Spagna, indicare solo la provincia.

(12) Sigla del paese di nascita dell'assicurato codificata secondo il codice internazionale dei veicoli automobilistici.

(13) Da compilare, se del caso.

(14) Specificare al punto 8.2 la natura dei periodi equivalenti.

(15) Per i lavoratori che sono stati occupati nelle miniere o industrie assimilate, allegare un formulario E 206.

(16) Per le istituzioni greche, precisare, nella misura del possibile, la natura del lavoro.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 4

E 205 **NL** (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 compilarsi da parte dell'istituzione d'istruttoria per i periodi di assicurazione maturati sotto la legislazione da essa applicata; da allegare ai formulari E 202, E 203 o E 204, secondo i casi. Ciascuna istituzione in causa compila un formulario per i periodi maturati sotto la legislazione da essa applicata e lo trasmette all'istituzione d'istruttoria.

1 Istituzione destinataria (istituzione in causa o istituzione d'istruttoria)

1.1 Denominazione: .....
1.2 Indirizzo (2): .....
.....

Notizie concernenti l'assicurato

2

2.1 Cognome (3): .....
2.2 Cognome di nascita (3): .....
2.3 Nomi (4): .....
2.4 Cognomi precedenti (5): .....
2.5 Sesso (6): .....
2.6 Cognome e nomi del padre (7): .....
2.7 Cognome e nomi della madre (7): .....

3 Cittadinanza (8): ..... D.N.I. (8 bis) .....

4 Nascita

4.1 Data (9): .....
4.2 Località (10): .....
4.3 Provincia o dipartimento (11): .....
4.4 Paese (12): .....

5 Indirizzo (2)

.....
.....

6

6.1 Numero di matricola presso l'istituzione d'istruttoria: .....
6.2 Riferimento della pratica presso l'istituzione d'istruttoria: .....
6.3 Riferimento della pratica presso l'istituzione in causa: .....

7 Avente diritto (13)

7.1 Cognome (3)
.....
7.2 Nomi ..... Cognome da nubile ..... Luogo di nascita (10)
....
7.3 Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (8 bis) .....
7.4 Indirizzo (2): .....
.....

8

Periodi di assicurazione secondo l'AOW/AWW (14)		Periodi di assicurazione secondo la WAO/AAW (14)		Numero			Tipo (15) (16)
dal	al	dal	al	di anni	di mesi	di giorni	

9 L'assicurato che comprovi un periodo di assicurazione inferiore ad un anno

☐ può beneficiare ☐ non può beneficiare

di una pensione ai sensi della legislazione nazionale (art. 48.1 del Reg. 1408/71)

10 Istituzione che compila il formulario

10.1 Denominazione: .....

10.2 Indirizzo (2): .....

.....

10.3 Timbro

10.4 Data: .....

10.5 Firma

.....

AVVERTENZE

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

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato (NL = Paesi Bassi).

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

(3) — Il cognome è quello usuale oppure quello acquisito per matrimonio. Se il formulario è compilato da un'istituzione olandese e se l'assicurato o l'avente diritto è una donna sposata o che lo è stata, il cognome da indicare è quello del marito attuale o dell'ultimo marito.
— Il cognome di nascita dev'essere sempre indicato; nel caso sia identico a quello di famiglia, iscrivere «idem». Se il formulario è compilato da un'istituzione olandese e se l'assicurato o l'avente diritto è una donna sposata o che lo è stata, il cognome da indicare è quello da nubile.
— Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
— Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
— Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile), nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(4) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.

(5) Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle dovono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.

(6) M = maschile; F = femminile.

(7) Informazione necessaria per i cittadini spagnoli e per i cittadini francesi che non sono nati sul territorio metropolitano francese.

(8) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.

(8 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(9) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 1° agosto 1921 = 01. 08. 1921).

(10) Per le città francesi con più circoscrizioni si indichi il numero della circoscrizione (esempio: Parigi 14). Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(11) Informazione obbligatoria per i cittadini spagnoli, francesi o italiani. Questa rubrica comporta, a seconda dei paesi, l'indicazione di appartenenza territoriale del luogo di nascita (esempio: per quanto concerne la Francia, per un comune di nascita: Lille, si indichi il dipartimento di nascita: Nord, associato al numero di codice del dipartimento se l'assistito lo conosce, nella fattispecie: 59. L'informazione sarà pertanto: Nord 59). Per le persone nate in Spagna, indicare solo la provincia.

(12) Sigla del paese di nascita dell'assicurato codificata secondo il codice internazionale dei veicoli automobilistici.

(13) Da compilare, se del caso.

(14) AOW = Legge generalizzata sull'assicurazione vecchiaia.
AWW = Legge generalizzata sull'assicurazione vedove ed orfani.
WAO = Legge sull'assicurazione dei lavoratori subordinati contro l'inabilità al lavoro.
AAW = Legge sull'assicurazione generalizzata contro l'inabilità al lavoro.

(15) Per indicare la natura dei periodi di assicurazione, utilizzare il seguente codice:
P = assicurazione obbligatoria,
V = assicurazione volontaria,
G = periodi equivalenti.

(16) Per le istituzioni greche, precisare, nella misura del possibile, la natura del lavoro.

(17) Il regime olandese di assicurazione non prevede l'immatricolazione degli assicurati. Può darsi quindi che il nostro estratto 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 8.1.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

E 205 **P** (1)

ATTESTATO CONCERNENTE LA CARRIERA ASSICURATIVA IN PORTOGALLO

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 compilarsi da parte dell'istituzione d'istruttoria per i periodi di assicurazione maturati sotto la legislazione da essa applicata; da allegare ai formulari E 202, E 203 o E 204, secondo i casi. Ciascuna istituzione in causa compila un formulario per i periodi maturati sotto la legislazione da essa applicata e lo trasmette all'istituzione d'istruttoria.

1 Istituzione destinataria (istituzione in causa o istituzione d'istruttoria)

1.1 Denominazione: .....
1.2 Indirizzo (2): .....
.....

Notizie concernenti l'assicurato

2

2.1 Cognome (3): .....
2.2 Cognome di nascita (3): .....
2.3 Nomi (4): .....
2.4 Cognomi precedenti (5): .....
2.5 Sesso (6): .....
2.6 Cognome e nomi del padre (7): .....
2.7 Cognome e nomi della madre (7): .....

3 Cittadinanza (8): ..... D.N.I. (8 bis) .....

4 Nascita

4.1 Data (9): .....
4.2 Località (10): .....
4.3 Provincia o dipartimento (11): .....
4.4 Paese (12): .....

5 Indirizzo (2)

.....
.....

6

6.1 Numero di matricola presso l'istituzione d'istruttoria: .....
6.2 Riferimento della pratica presso l'istituzione d'istruttoria: .....
6.3 Riferimento della pratica presso l'istituzione in causa: .....

7 Avente diritto (13)

7.1 Cognome (3)
.....
7.2 Nomi ..... Cognome di nascita ..... Luogo di nascita (10) .....
7.3 Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (8 bis) .....
7.4 Indirizzo (2): .....
.....

8

Periodi di assicurazione e periodi equivalenti maturati			Periodi di assicurazione	Periodi equivalenti (14)	Professione (14 bis) (15) (16)
Anno	dal	al	Mesi	Mesi	

9 L'assicurato che comprovi un periodo di assicurazione inferiore ad un anno
☐ può beneficiare ☐ non può beneficiare
di una pensione ai sensi della legislazione nazionale (art. 48.1 del Reg. 1408/71)

10	Istituzione che compila il formulario

10.1 Denominazione: .....
10.2 Indirizzo (2): .....
.....
10.3 Timbro

10.4 Data: .....
10.5 Firma
.....

AVVERTENZE

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

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato (P = Portogallo).
(2) Via, numero, codice postale, località, paese.
(3) — Il cognome comporta l'indicazione di quello usuale o di quello acquisito per matrimonio.
— Il cognome di nascita deve essere sempre indicato; ove sia identico al cognome di famiglia, indicare eventualmente «idem».
— Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
— Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
— Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile), nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.
(4) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.
(5) Da indicare in particolare nei casi di adozione o di utilizzazione di soprannomi entrati nell'uso corrente.
Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
(6) M = maschile; F = femminile.
(7) Informazione necessaria per i cittadini spagnoli e per i cittadini francesi che non sono nati sul territorio metropolitano francese.
(8) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.
(8 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».
(9) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 1° agosto 1921 = 01. 08. 1921).
(10) Per le città francesi con più circoscrizioni si indichi il numero della circoscrizione (esempio: Parigi 14). Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.
(11) Informazione obbligatoria per i cittadini spagnoli, francesi o italiani. Questa rubrica comporta, a seconda dei paesi, l'indicazione di appartenenza territoriale del luogo di nascita (esempio: per quanto concerne la Francia, per un comune di nascita: Lille, si indichi il dipartimento di nascita: Nord, associato al numero di codice del dipartimento se l'assistito lo conosce, nella fattispecie: 59. L'informazione sarà pertanto: Nord 59). Per le persone nate in Spagna, indicare solo la provincia.
(12) Sigla del paese di nascita dell'assicurato codificata secondo il codice internazionale dei veicoli automobilistici.
(13) Da compilare, se del caso.
(14) Specificare al punto 8.2 il tipo di periodi equivalenti.
(14 bis) Queste informazioni si basano su indicazioni fornite dal lavoratore.
(15) Per gli assicurati che hanno lavorato nelle miniere o in imprese assimilate, allegare il formulario E 206.
(16) Ad uso delle istituzioni greche, indicare, se possibile, la natura del lavoro.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

E 205 **GB** (1)

ATTESTATO CONCERNENTE LA CARRIERA ASSICURATIVA NEL REGNO UNITO

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 compilarsi da parte dell'istituzione d'istruttoria per i periodi di assicurazione maturati sotto la legislazione da essa applicata; da allegare ai formulari E 202, E 203 o E 204, secondo i casi. Ciascuna istituzione in causa compila un formulario per i periodi maturati sotto la legislazione da essa applicata e lo trasmette all'istituzione d'istruttoria.

1 Istituzione destinataria (istituzione in causa o istituzione d'istruttoria)

1.1 Denominazione: .....
1.2 Indirizzo (2): .....
.....

Notizie concernenti l'assicurato

2

2.1 Cognome (3): .....
2.2 Cognome di nascita (3): .....
2.3 Nomi (4): .....
2.4 Cognomi precedenti (5): .....
2.5 Sesso (6): .....
2.6 Cognome e nomi del padre (7): .....
2.7 Cognome e nomi della madre (7): .....

3 Cittadinanza (8): ..... D.N.I. (8 bis) .....

4 Nascita

4.1 Data (9): .....
4.2 Località (10): .....
4.3 Provincia o dipartimento (11): .....
4.4 Paese (12): .....

5 Indirizzo (2)

.....
.....

6

6.1 Numero di matricola presso l'istituzione d'istruttoria: .....
6.2 Riferimento della pratica presso l'istituzione d'istruttoria: .....
6.3 Riferimento della pratica presso l'istituzione in causa: .....

7 Avente diritto (13)

7.1 Cognome (3)
.....
7.2 Nomi ..... Cognome di nascita ..... Luogo di nascita (10) .....
7.3 Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (8 bis) .....
7.4 Indirizzo (2): .....
.....

8

Periodi di assicurazione e periodi equivalenti maturati			Periodi di assicurazione (14)		Assicurazione volontaria	Periodi assimilati (15)	Professione (16) (17)
			subordinati	autonomi			
Anno	dal	al	Settimane	Settimane	Settimane	Settimane	

9 L'assicurato che comprovi un periodo di assicurazione inferiore ad un anno
☐ può beneficiare ☐ non può beneficiare
di una pensione ai sensi della legislazione nazionale (art. 48.1 del Reg. 1408/71)

10 Istituzione che compila il formulario

10.1 Denominazione: .....

10.2 Indirizzo (2): .....

.....

10.3 Timbro

10.4 Data: .....

10.5 Firma

.....

AVVERTENZE

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

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato (GB = Regno Unito).

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

(3) — Il cognome comporta l'indicazione di quello usuale o di quello acquisito per matrimonio.
— Il cognome di nascita deve essere sempre indicato; ove sia identico al cognome di famiglia, indicare eventualmente «idem».
— Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
— Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
— Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile), nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(4) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.

(5) Da indicare in particolare nei casi di adozione o di utilizzazione di soprannomi entrati nell'uso corrente.
Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.

(6) M = maschile; F = femminile.

(7) Informazione necessaria per i cittadini spagnoli e per i cittadini francesi che non sono nati sul territorio metropolitano francese.

(8) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.

(8 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(9) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 1° agosto 1921 = 01. 08. 1921).

(10) Per le città francesi con più circoscrizioni si indichi il numero della circoscrizione (esempio: Parigi 14). Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(11) Informazione obbligatoria per i cittadini spagnoli, francesi o italiani. Questa rubrica comporta, a seconda dei paesi, l'indicazione di appartenenza territoriale del luogo di nascita (esempio: per quanto concerne la Francia, per un comune di nascita: Lille, si indichi il dipartimento di nascita: Nord, associato al numero di codice del dipartimento se l'assistito lo conosce, nella fattispecie: 59. L'informazione sarà pertanto: Nord 59). Per le persone nate in Spagna, indicare solo la provincia.

(12) Sigla del paese di nascita dell'assicurato codificato secondo il codice internazionale dei veicoli automobilistici.

(13) Da compilare, se del caso.

(14) Indicare i periodi di assicurazione volontaria nella colonna seguente.

(15) Indicate se si tratta di periodi di malattia, di disoccupazione, ecc.

(16) Per i lavoratori che sono stati occupati nelle miniere o industrie assimilate, si alleghi un formulario E 206. Tali indicazioni possono essere fornite soltanto sulla base delle informazioni date dal lavoratore stesso.

(17) Per le istituzioni greche, precisare, nella misura del possibile, la natura del lavoro.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 4

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 compilarsi da parte dell'istituzione d'istruttoria per i periodi di assicurazione maturati sotto la legislazione da essa applicata, da allegare ai formulari E 202, E 203 o E 204, secondo i casi. Ciascuna istituzione in causa compila un formulario per i periodi maturati sotto la legislazione da essa applicata e lo trasmette all'istituzione d'istruttoria.

1 Istituzione destinataria (istituzione in causa o istituzione d'istruttoria)

1.1 Denominazione: .....
1.2 Indirizzo (2): .....
.....

Notizie concernenti l'assicurato

2

2.1 Cognome (3): .....
2.2 Cognome di nascita (3): .....
2.3 Nomi (4): .....
2.4 Cognomi precedenti (5): .....
2.5 Sesso (6): .....
2.6 Cognome e nomi del padre (7): .....
2.7 Cognome e nomi della madre (7): .....

3 Cittadinanza (8): ..... D.N.I. (8 bis) .....

4 Nascita

4.1 Data (9): .....
4.2 Località (10): .....
4.3 Provincia o dipartimento (11): .....
4.4 Paese (12): .....

5 Indirizzo (2)

.....
.....

6

6.1 Numero di matricola presso l'istituzione d'istruttoria: .....
6.2 Riferimento della pratica presso l'istituzione d'istruttoria: .....
6.3 Riferimento della pratica presso l'istituzione in causa: .....

7 Avente diritto (13)

7.1 Cognome (3)
.....
7.2 Nomi ..... Cognome da nubile ..... Luogo di nascita (10) .....
7.3 Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (8 bis) .....
7.4 Indirizzo (2): .....
.....

8

Aziende (14)	Natura delle attività (15)	Periodi di lavoro o equivalenti		Durata di ciascun periodo					
				globale			al fondo		
		dal	al	Anni	Mesi	Giorni	Anni	Mesi	Giorni

9 Per i periodi di lavoro di cui al quadro 8 si sono avute le seguenti interruzioni ([16])

Periodi d'interruzione		Motivo (malattia, ferie, servizio militare, richiamo alle armi, disoccupazione, cura, riabilitazione, ferie non retribuite, ecc.)
dal	al	
giorno/mese/anno	giorno/mese/anno	

10 Istituzione che compila il formulario

10.1 Denominazione: .....

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

.....

10.3 Timbro

10.4 Data: .....

10.5 Firma

.....

E 206

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso comporta 4 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, 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; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

(3) — Il cognome è quello usuale oppure quello acquisito per matrimonio. Se il formulario è compilato da un'istituzione olandese e se l'assicurato o l'avente diritto è una donna sposata o che lo è stata, il cognome da indicare è quello del marito attuale o dell'ultimo marito.
— Il cognome di nascita dev'essere sempre indicato; nel caso sia identico a quello di famiglia, iscrivere «idem». Se il formulario è compilato da un'istituzione olandese e se l'assicurato o l'avente diritto è una donna sposata o che lo è stata, il cognome da indicare è quello da nubile.
— Gli avverbi «detto», e «alias» e le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
— Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
— Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile), nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(4) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.

(5) Da indicare in particolare nei casi di adozione o di utilizzazione di soprannomi entrati nell'uso corrente.
Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.

(6) M = maschile; F = femminile.

(7) Informazione necessaria per i cittadini spagnoli e per i cittadini francesi che non sono nati sul territorio metropolitano francese.

(8) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.

(8 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(9) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 1° agosto 1921 = 01. 08. 1921).

(10) Per le città francesi con più circoscrizioni si indichi il numero della circoscrizione (esempio: Parigi 14). Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(11) Informazione obbligatoria per i cittadini spagnoli, francesi o italiani. Questa rubrica comporta, a seconda dei paesi, l'indicazione di appartenenza territoriale del luogo di nascita (esempio: per quanto concerne la Francia, per un comune di nascita: Lille, si indichi il dipartimento di nascita: Nord, associato al numero di codice del dipartimento se l'assistito lo conosce, nella fattispecie: 59. L'informazione sarà pertanto: Nord 59). Per le persone nate in Spagna, indicare solo la provincia.

(12) Sigla del paese di nascita dell'assicurato codificato secondo il codice internazionale dei veicoli automobilistici.

(13) Da compilare, se del caso.

(14) Indicare le aziende nelle quali l'interessato è stato occupato e la natura del minerale estratto e lavorato.

(15) Indicare il tipo di lavoro e specificare se il lavoro stesso è stato effettuato al fondo o in superficie oppure se trattasi di periodi equivalenti.

(16) Da compilare esclusivamente per le istituzioni tedesche e spagnole.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

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 compilarsi da parte dell'istituzione d'istruttoria e da allegare ai formulari E 202, E 203, E 204.

I dati del quadro 7 sono stati forniti dall'interessato e sono trasmessi, per ogni evenienza, all'istituzione in causa.

Notizie concernenti l'assicurato

1

1.1 Cognome (3): .....
1.2 Cognome di nascita (3): .....
1.3 Nomi (4): .....
1.4 Cognomi precedenti (5): .....
1.5 Sesso (6): .....
1.6 Cognome e nomi del padre (7): .....
1.7 Cognome e nomi della madre (7): .....

2 Cittadinanza (8): ..... D.N.I. (8 bis) .....

3 Nascita

3.1 Data (9): .....
3.2 Località (10): .....
3.3 Provincia o dipartimento (11): .....
3.4 Paese (12): .....

4 Indirizzo (2)

.....
.....

5 Numero di matricola .....

(Notizie relative a ciascun periodo: vedi pag. 2)

6 Istituzione d'istruttoria

6.1 Denominazione: .....
6.2 Indirizzo (2): .....
.....
6.3 Timbro

6.4 Data: .....
6.5 Firma
.....

(2)

E 207

7 Informazioni relative a ciascun periodo

	Periodi (13)		Natura dei periodi (14)	Denominazione e sede dell'impresa o natura dell'attività autonoma	Località e paese d'esercizio dell'attività (15)	a) Istituzione o regime di assicurazione b) Numero di matricola (16) c) Assicurazione (17)	Luogo di residenza durante i periodi di attività (18)
	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)	

E 207

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso comporta 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, 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 apartiene l'istituzione che compila il formulario: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

(3) — Il cognome è quello usuale oppure quello acquisito per matrimonio. Se il formulario è compilato da un'istituzione olandese e se l'assicurato o l'avente diritto è una donna sposata o che lo è stata, il cognome da indicare è quello del marito attuale o dell'ultimo marito.
— Il cognome di nascita dev'essere sempre indicato; nel caso sia identico a quello di famiglia, iscrivere «idem», Se il formulario è compilato da un'istituzione olandese e se l'assicurato o l'avente diritto è una donna sposata o che lo è stata, il cognome da indicare è quello da nubile.
— Gli avverbi «detto», e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
— Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
— Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile), nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(4) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.

(5) Da indicare in particolare nei casi di adozione o di utilizzazione di soprannomi entrati nell'uso corrente.
Gli avverbi «detto» e «alias» nonché la particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.

(6) M = maschile; F = femminile.

(7) Informazione necessaria per i cittadini spagnoli e per i cittadini francesi che non sono nati sul territorio metropolitano francese.

(8) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.

(8 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(9) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 1° agosto 1921 = 01. 08. 1921).

(10) Per le città francesi con più circoscrizioni si indichi il numero della circoscrizione (esempio: Parigi 14). Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(11) Informazione obbligatoria per i cittadini spagnoli, francesi o italiani. Questa rubrica comporta, a seconda dei paesi, l'indicazione di appartenenza territoriale del luogo di nascita (esempio: per quanto concerne la Francia, per un comune di nascita: Lille, si indichi il dipartimento di nascita: Nord, associato al numero di codice del dipartimento se l'assistito lo conosce, nella fattispecie: 59. L'informazione sarà pertanto: Nord 59). Per le persone nate in Spagna, indicare solo la provincia.

(12) Sigla del paese di nascita dell'assicurato codificato secondo il codice internazionale dei veicoli automobilistici.

(13) Ove il formulario sia destinato ad una istituzione danese od olandese, si indichino inoltre tutti i periodi di residenza effettuati dal lavoratore rispettivamente in Danimarca o nei Paesi Bassi.

(14) Indicare la natura dell'attività svolta (lavoratore subordinato o autonomo), ad esempio: meccanico, commesso, coltivatore diretto. *Eventualmente: servizio militare (Stato), istruzione scolastica o professionale (natura e diplomi), periodi senza occupazione* professionale (ad esempio: casalinga, disoccupazione, malattia, ecc.). Se l'interessato ha compiuto il servizio militare in Italia, allegare all'E 207, se possibile, copia del foglio matricolare o dello stato di servizio.

(15) Se l'attività è stata esercitata in Francia, precisare il nome del dipartimento.

(16) Ove il formulario sia destinato ad una istituzione danese, si indichi il numero CPR ed eventualmente il numero ATP.

(17) Precisare se si tratta di assicurazione obbligatoria, assicurazione volontaria o facoltativa continuata o di un periodo senza assicurazione.

(18) Quando si tratta di un assicurato dell'OGA, indicare il comune ed il dipartimento in Grecia.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

E 208 ☐ (1)

DETERMINAZIONE DEI DIRITTI A PENSIONE

di ☐ **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 trasmettersi da parte dell'istituzione in causa all'istituzione d'istruttoria.

1 Istituzione d'istruttoria destinataria

1.1 Denominazione: .....
1.2 Indirizzo (3): .....
.....

Notizie concernenti l'assicurato

2

2.1 Cognome (4): .....
2.2 Cognome di nascita (4): .....
2.3 Nomi (5): .....
2.4 Cognomi precedenti (6): .....
2.5 Sesso (7): .....
2.6 Cognome e nomi del padre (8): .....
2.7 Cognome e nomi della madre (8): .....

3 Nazionalità (9): ..... D.N.I. (9 bis) .....

4 Nascita

4.1 Data (10): .....
4.2 Località (11): .....
4.3 Provincia o dipartimento (12): .....
4.4 Paese (13): .....

5 Indirizzo (3)

.....
.....

6

6.1 Numero di matricola presso l'istituzione d'istruttoria: .....
6.2 Riferimento della pratica presso l'istituzione d'istruttoria: .....
6.3 Riferimento della pratica presso l'istituzione in causa: .....

7 Avente diritto (14)

7.1 Cognome (4)
.....
7.2 Nomi ..... Cognome da nubile ..... Luogo di nascita (11) .....
7.3 Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (9 bis) .....
7.4 Indirizzo (3): .....
.....
7.5 Rapporto di parentela con l'assicurato deceduto .....

8 In caso di reiezione della domanda

Motivazione: .....

.....

.....

.....

.....

.....

9 In caso di attribuzione di una pensione

9.1 Importo annuo ([15]) 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:

.....

9.2 Importo annuo ([15]) 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:

.....

9.3 Importo annuo ([15]) 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 compiuti in un altro Stato:

.....

9.4 Importo annuo ([15]) 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 compiuti in un altro Stato:

.....

9.5 Data di decorrenza delle prestazioni: .....

10 Istituzione in causa

10.1 Denominazione: .....

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

.....

10.3 Timbro

10.4 Data: .....

10.5 Firma

.....

E 208

AVVERTENZE

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

NOTE

(1) Sigla del paese cui appartiene l'istituzione mittente: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(2) Indicare lo Stato membro.

(3) Via, numero, codice postale, località, paese.

(4) — Il cognome è quello usuale oppure quello acquisito per matrimonio. Se il formulario è compilato da un'istituzione olandese e se l'assicurato o l'avente diritto è una donna sposata o che lo è stata, il cognome da indicare è quello del marito attuale o dell'ultimo marito.
— Il cognome di nascita dev'essere sempre indicato; nel caso sia identico a quello di famiglia, iscrivere «idem». Se il formulario è compilato da un'istituzione olandese e se l'assicurato o l'avente diritto è una donna sposata o che lo è stata, il cognome da indicare è quello da nubile.
— Gli avverbi «detto», «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
— Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
— Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile), nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(5) *Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.*

(6) Da indicare in particolare nei casi di adozione o di utilizzazione di soprannomi entrati nell'uso corrente.
Gli avverbi «detto» e «alias» nonché la particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.

(7) M = maschile; F = femminile.

(8) *Informazione necessaria per i cittadini spagnoli e per i cittadini francesi che non sono nati sul territorio metropolitano francese.*

(9) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.

(9 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(10) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 1° agosto 1921 = 01. 08. 1921).

(11) Per le città francesi con più circoscrizioni si indichi il numero della circoscrizione (esempio: Parigi 14). Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(12) Informazione obbligatoria per i cittadini spagnoli, francesi o italiani. Questa rubrica comporta, a seconda dei paesi, l'indicazione di appartenenza territoriale del luogo di nascita (esempio: per quanto concerne la Francia, per un comune di nascita: Lille, si indichi il dipartimento di nascita: Nord, associato al numero di codice del dipartimento se l'assistito lo conosce, nella fattispecie: 59. L'informazione sarà pertanto: Nord 59). Per le persone nate in Spagna, indicare solo la provincia.

(13) Sigla del paese di nascita dell'assicurato codificato secondo il codice internazionale dei veicoli automobilistici.

(14) Da compilare solo se si tratta di una domanda di pensione ai superstiti.

(15) 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.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 4

E 209 [ ] (1)

DETERMINAZIONE DEGLI IMPORTI DELLA PENSIONE

di ☐ vecchiaia ☐ invalidità ☐ superstite

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 (2): .....
.....

Notizie concernenti l'assicurato

2

2.1 Cognome (3): .....
2.2 Cognome di nascita (3): .....
2.3 Nomi (4): .....
2.4 Cognomi precedenti (5): .....
2.5 Sesso (6): .....
2.6 Cognome e nomi del padre (7): .....
2.7 Cognome e nomi della madre (7): .....

3 Cittadinanza (8): ..... D.N.I. (8 bis) .....

4 Nascita

4.1 Data (9): .....
4.2 Località (10): .....
4.3 Provincia o dipartimento (11): .....
4.4 Paese (12): .....

5 Indirizzo (2)

.....
.....

6

6.1 Numero di matricola presso l'istituzione d'istruttoria: .....
6.2 Riferimento della pratica presso l'istituzione d'istruttoria: .....
6.3 Riferimento della pratica presso l'istituzione in causa: .....

7 Avente diritto (13)

7.1 Cognome (3)
.....
7.2 Nomi ..... Cognome da nubile ..... Luogo di nascita (10)
....
7.3 Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (8 bis) .....
7.4 Indirizzo (2): .....
.....
7.5 Rapporto di parentela con l'assicurato deceduto: .....

(Determinazione degli importi: vedi pag. 3)

E 209

8	Istituzione d'istruttoria

8.1 Denominazione: .....

8.2 Indirizzo (2): .....

.....

8.3 Timbro

8.4 Data: .....

8.5 Firma

.....

(2)

E 209

9 Determinazione degli importi di pensione in data .....

Paese debitore della prestazione	Importo annuo nella valuta del paese dell'istituzione competente (14)			Importo annuo nella valuta del paese dell'istituzione d'istruttoria				Importo annuo nella valuta del paese dell'istituzione competente (14) (pensione dopo l'applicazione dell'art. 46.3 del reg. 1408/71) (18)
	Pensione teorica (art. 46.2.a, del reg. 1408/71)	Pensione nazionale (art. 46.1, primo com., del reg. 1408/71)	Pensione proporzionale (15) (art. 46.2.b, del reg. 1408/71)	Pensione teorica (art. 46.2.a, del reg. 1408/71)	Importo più elevato esposto alle colonne 3 o 4 (16)		Prodotto degli importi della colonna 6 per il coefficiente di riduzione (v. quadro 10) (17)	
					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 .....

10 Determinazione del coefficiente di riduzione 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 9) (17)

Importo totale delle pensioni nazionali (colonna 6)	A .....
Importo della differenza	E .....
Coefficiente di riduzione $F = \frac{A-E}{A}$	F .....

11 Tasso di conversione (19)

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	×	= .....
100 Dkr.	×	= .....
100 £ UK	×	= .....
100 £ Irl.	×	= .....
100 Dra.	×	= .....
100 Esc.	×	= .....
100 Pts.	×	= .....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso comporta 4 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, 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; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

(3) — Il cognome è quello usuale oppure quello acquisito per matrimonio. Se il formulario è compilato da un'istituzione olandese e se l'assicurato o l'avente diritto è una donna sposata o che lo è stata, il cognome da indicare è quello del marito attuale o dell'ultimo marito.
— Il cognome di nascita dev'essere sempre indicato; nel caso sia identico a quello di famiglia, iscrivere «idem». Se il formulario è compilato da un'istituzione olandese e se l'assicurato o l'avente diritto è una donna sposata o che lo è stata, il cognome da indicare è quello da nubile.
— Gli avverbi «detto» e «alias» e le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
— Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
— Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile), nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(4) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.

(5) Da indicare in particolare nei casi di adozione o di utilizzazione di soprannomi entrati nell'uso corrente.
Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.

(6) M = maschile; F = femminile.

(7) Informazione necessaria per i cittadini spagnoli e per i cittadini francesi che non sono nati sul territorio metropolitano francese.

(8) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.

(8 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(9) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 1° agosto 1921 = 01.08. 1921).

(10) Per le città francesi con più circoscrizioni si indichi il numero della circoscrizione (esempio: Parigi 14). Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(11) Informazione obbligatoria per i cittadini spagnoli, francesi o italiani. Questa rubrica comporta, a seconda dei paesi, l'indicazione di appartenenza territoriale del luogo di nascita (esempio: per quanto concerne la Francia, per un comune di nascita: Lille, si indichi il dipartimento di nascita: Nord, associato al numero di codice del dipartimento se l'assistito lo conosce, nella fattispecie: 59. L'informazione sarà pertanto: Nord 59). Per le persone nate in Spagna, indicare solo la provincia.

(12) Sigla del paese di nascita dell'assicurato codificato secondo il codice internazionale dei veicoli automobilistici.

(13) Da compilare unicamente se si tratta di una domanda di pensione di superstite.

(14) Precisare l'unità monetaria.

(15) Calcolata senza tenere conto dei periodi di assicurazione volontaria o facoltativa continuata sovrapposti a periodi di assicurazione obbligatoria compiuti in un altro paese.

(16) Quando l'importo della colonna 3 e quello della colonna 4 sono uguali, tale importo dev'essere iscritto alla colonna 7.

(17) Da compilare esclusivamente se gli importi di cui ad A ed E della colonna 6 sono positivi.

(18) 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.

(19) Vedi regolamento 574/72, art. 107.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

E 210 [ ] (1)

NOTIFICA DI DECISIONE RELATIVA AD UNA DOMANDA DI PENSIONE

di ☐ **vecchiaia** ☐ **invalidità** ☐ **superstite**

(accoglimento o reiezione)

Reg. 574/72: art. 48

Ciascuna delle istituzioni in causa compila il formulario e lo trasmette all'istituzione d'istruttoria, allegandovi due copie della decisione formale. Qualora vi siano più istituzioni in causa, occorre aggiungere altrettanti esemplari della decisione formale per ognuna di esse.

1 Denominazione

1.1 Denominazione: .....
1.2 Indirizzo (2): .....
.....

Notizie concernenti l'assicurato

2

2.1 Cognome (3): .....
2.2 Cognome di nascita (3): .....
2.3 Nomi (4): .....
2.4 Cognomi precedenti (5): .....
2.5 Sesso (6): .....
2.6 Cognome e nomi del padre (7): .....
2.7 Cognome e nomi della madre (7): .....

3 Cittadinanza (8): ..... D.N.I. (8 bis) .....

4 Nascita

4.1 Data (9): .....
4.2 Località (10): .....
4.3 Provincia o dipartimento (11): .....
4.4 Paese (12): .....

5 Indirizzo (2)

.....
.....

6

6.1 Numero di matricola presso l'istituzione d'istruttoria: .....
6.2 Riferimento della pratica presso l'istituzione d'istruttoria: .....
6.3 Riferimento della pratica presso l'istituzione in causa: .....

7 Avente diritto (13)

7.1 Cognome (3)
.....
7.2 Nomi ..... Cognome da nubile ..... Luogo di nascita (10)
....
7.3 Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (8 bis) .....
7.4 Indirizzo (2): .....
.....
7.5 Rapporto di parentela con l'assicurato deceduto: .....

8 La domanda è respinta

Motivazione: .....

.....

.....

.....

9 È accordata una pensione

9.1	Data di decorrenza:	/ /	/ /	/ /	/ /
9.2	Importo annuo:	.....	.....	.....	.....
9.3	Eventuale detrazione da operare in base alle disposizioni che vietano il cumulo di prestazioni (art. 12 del Reg. 1408/71 e art. 7 del Reg. 574/72):	.....	.....	.....	.....
	Motivo:				
9.4	Importo dovuto:	.....	.....	.....	.....

10 È concessa una pensione danese (14)

10.1 Importo annuo ai sensi della legislazione sulle pensioni sociali: .....

10.2 Importo annuo ai sensi della legislazione in materia di pensioni complementari ai lavoratori dipendenti (ATP): .....

10.3 Importo totale annuo:

10.4 Eventuale deduzione da effettuarsi ai sensi delle disposizioni anticumulo (art. 12 del Reg. 1408/71 e art. 7 del Reg. 574/72): .....
Motivo: revisione dei redditi

10.5 Importo dovuto (pensione sociale): .....

10.6 Importo dovuto (pensione ATP): .....

10.7 Data di decorrenza (pensione sociale): .....

10.8 Data di decorrenza (pensione ATP): .....

11 Mezzi e termini di ricorso: vedi E 212

12 Istituzione in causa

12.1 Denominazione: .....

12.2 Indirizzo (2): .....

.....

12.3 Timbro

12.4 Data: .....

12.5 Firma

.....

E 210

AVVERTENZE

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

NOTE

(1) Sigla del paese cui appartiene l'istituzione in causa: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

(3) — Il cognome è quello usuale oppure quello acquisito per matrimonio. Se il formulario è compilato da un'istituzione olandese e se l'assicurato o l'avente diritto è una donna sposata o che lo è stata, il cognome da indicare è quello del marito attuale o dell'ultimo marito.
— Il cognome di nascita dev'essere sempre indicato; nel caso sia identico a quello di famiglia, iscrivere «idem». Se il formulario è compilato da un'istituzione olandese e se l'assicurato o l'avente diritto è una donna sposata o che lo è stata, il cognome da indicare è quello da nubile.
— Gli avverbi «detto», e «alias» e le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
— Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
— Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile), nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(4) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.

(5) Da indicare in particolare nei casi di adozione o di utilizzazione di soprannomi entrati nell'uso corrente.
Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.

(6) M = maschile; F = femminile.

(7) Informazione necessaria per i cittadini spagnoli e per i cittadini francesi che non sono nati sul territorio metropolitano francese.

(8) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.

(8 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(9) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 1° agosto 1921 = 01. 08. 1921).

(10) Per le città francesi con più circoscrizioni si indichi il numero della circoscrizione (esempio: Parigi 14). Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(11) Informazione obbligatoria per i cittadini spagnoli, francesi o italiani. Questa rubrica comporta, a seconda dei paesi, l'indicazione di appartenenza territoriale del luogo di nascita (esempio: per quanto concerne la Francia, per un comune di nascita: Lille, si indichi il dipartimento di nascita: Nord, associato al numero di codice del dipartimento se l'assistito lo conosce, nella fattispecie: 59. L'informazione sarà pertanto: Nord 59). Per le persone nate in Spagna, indicare solo la provincia.

(12) Sigla del paese di nascita dell'assicurato codificato secondo il codice internazionale dei veicoli automobilistici.

(13) Da compilare solo se si tratta di una domanda di pensione ai superstiti.

(14) Da compilarsi esclusivamente da parte delle istituzioni danesi.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

E 211 ☐ (1)

RIEPILOGO DELLE DECISIONI

Reg. 574/72: art. 48

L'istituzione d'istruttoria compila il formulario e ne invia un esemplare al richiedente nella sua lingua, allegando copia di ciascuna delle decisioni formali nonché una nota relativa ai mezzi e termini di ricorso (formulario E 212). L'istituzione d'istruttoria trasmette una copia dell'E 211 a ciascuna delle istituzioni in causa, allegandovi copia della propria decisione e delle decisioni delle altre istituzioni in causa.

1 Richiedente

1.1 Cognome (1 bis) .....

1.2 Nomi ..... Cognome da nubile (1 bis) ..... Luogo di nascita (1 ter) .....

1.3 Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (1 quater) .....

1.4 Indirizzo (2): .....

.....

2 La domanda di pensione di

2.1 ☐ vecchiaia ☐ invalidità ☐ superstiti

2.2 è stata esaminata dalle seguenti istituzioni:

3 Istituzioni 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 allegate decisioni formali)

5 La domanda è respinta

5.1 per quanto riguarda (3): .....
Motivo: .....
.....
.....
.....

5.2 per quanto riguarda (3): .....
Motivo: .....
.....
.....
.....

6 Viene accordata una pensione

	per quanto riguarda (3)	Importo annuo nella valuta del paese debitore (4) (5)	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.

E 211

8	Istituzione d'istruttoria	
8.1	Denominazione:	.....
8.2	Indirizzo (2):	.....
		.....
8.3	Timbro	
	8.4 Data:	.....
	8.5 Firma	
		.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate

NOTE

(1) Sigla del paese cui appartiene l'istituzione d'istruttoria: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(1 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(1 ter) Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(1 quater) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

(3) Indicare il paese ed, eventualmente, il regime in causa.

(4) In caso di rivalutazione delle pensioni in virtù della legislazione nazionale, l'importo sopraindicato è modificato senza che sia notificato il nuovo importo.

(5) Da questo importo si possono eventualmente detrarre le imposte ed i contributi a carico del pensionato.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamento di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

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 gli estremi della notifica relativa alla decisione contestata. Unire copia di tale decisione;

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 (2) (2 bis);

4. far parvenire la lettera all'ente destinatario prima della scadenza del termine indicato nella notifica relativa alla decisione contestata.

   ATTENZIONE: Questo termine decorre 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.

   Per conoscere la denominazione e l'indirizzo di tale autorità, basta rivolgersi all'istituzione di assicurazione pensioni del luogo di residenza dell'interessato.

B — 1. Un ricorso contro una decisione **belga** deve, entro un mese dalla data di 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 **danese,** riferentesi ad una pensione a norma della legislazione in materia di pensioni sociali, dev'essere inviato, entro il termine di quattro settimane a decorrere dalla data di ricezione della notifica, al «Sociale Ankestyrelse» (Comitato sociale di ricorso), a Copenaghen, indirizzo:

   .....

   Un ricorso contro una decisione danese, riferentesi ad una pensione a norma della legislazione in materia di pensioni complementari per lavoratori dipendenti, dev'essere inviato, entro il termine di quattro settimane a decorrere dalla data di ricezione della notifica, al «Ankenævnet for ATP, Arbejdsministeriet» (Comitato di ricorso presso il Ministero del lavoro), a Copenaghen, indirizzo:

   .....

3. Contro una decisione **tedesca,** adottata da una istituzione di assicurazione pensioni, può essere presentato un reclamo o un ricorso entro 1 mese in caso di domicilio nella R. f. di Germania, e 3 mesi in caso di domicilio in un altro Stato membro, a decorrere dalla data di ricezione della notifica della decisione. Il reclamo dev'essere presentato per iscritto, oppure oralmente e verbalizzato, presso:

   .....

   (denominazione dell'istituzione di assicurazione pensioni). Il ricorso dev'essere presentato al «Sozialgericht» (Tribunale sociale)

   .....

   sia per iscritto, sia oralmente al cancelliere del tribunale, che lo verbalizza.
   Il reclamo ed il ricorso sono ricevibili se sono presentati nei termini prescritti ad ogni altra autorità o istituzione di assicurazione sociale sul territorio nazionale tedesco oppure ad una rappresentanza ufficiale tedesca all'estero.

4. Un ricorso contro una decisione dell'istituzione **greca** deve essere inviato entro il termini di ..... giorni a decorrere dalla data di ricevimento della notifica di detta decisione all'ente in appresso (denominazione e indirizzo):

   .....

   o direttamente o tramite l'istituzione del luogo di residenza.

5. Un reclamo contro una decisione di un'istituzione **spagnola** dev'essere presentato entro un termine di 30 giorni lavorativi a decorrere dalla data di ricezione della notifica, all'organismo indicato qui di seguito (denominazione e indirizzo):

   .....

   .....

   o direttamente o tramite l'istituzione del luogo di residenza.

6. Un ricorso contro una decisione **francese** deve essere inviato entro il termine di due mesi a decorrere dalla data di ricevimento della notifica (se si tratta di una decisione amministrativa) al «M. le Président de la Commission de recours gracieux de la caisse de sécurité sociale» il cui indirizzo figura in appresso o (se si tratta di una decisione di ordine medico) al «M. le Secrétaire de la Commission régionale technique», il cui indirizzo figura in appresso:

.....

.....

7. Un ricorso contro una decisione **irlandese** dev' essere inviato al «Secretary Department of Social Welfare» (Ministero della previdenza sociale), Dublino, entro il termine di 21 giorni, a decorrere dalla data di ricezione della notifica.

8. 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 prima istanza sia stato deciso, è ammessa la possibilità di ricorrere in seconda 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.

9. Un ricorso contro una decisione **lussemburghese** deve essere indirizzato, in duplice copia, al «Conseil arbitral des assurances sociales» (Consiglio arbitrale delle assicurazioni sociali) a Lussemburgo, entro 40 giorni dalla data di ricezione della notifica.

10. 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.

Ciò non vale per le notifiche del regime speciale dei minatori. Queste decisioni sono corredate da istituzioni che precisano la procedura da seguire in caso di non accettazione della decisione.

11. Un ricorso contro una decisione di un 'istituzione **portoghese** dev'essere introdotto entro un termine di ..... giorni a decorrere dalla data di ricezione della notifica, all'organismo indicato qui di seguito (denominazione e indirizzo):

.....

.....

12. Un ricorso contro una decisione adottata da una istituzione del **Regno Unito** dev'essere inviato, entro il termine di 28 giorni dalla data di ricezione della decisione, al «Department of Health and Social Security, Overseas Branch» (Ministero della sanità e della sicurezza sociale, Servizio internazionale), Newcastle-upon-Tyne o al «Ministry of Health and Social Services, Overseas Branch» (Ministero della sanità e dei servizi sociali, Servizio internazionale), Belfast, a seconda dei casi.

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate

NOTE

(1) Sigla del paese cui appartiene l'istituzione d'istruttoria: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

(2 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile), nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 7

E 213 ☐ (1)

PERIZIA MEDICA DETTAGLIATA

Reg. 1408/71: art. da 39 a 41; art. 87

1 Istituzione cui è destinato il rapporto

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (2): .....

.....

2 Persona esaminata

2.1 Cognome (2 bis)

.....

2.2 Nomi ..... Cognome da nubile (2 bis) ..... Luogo di nascita (2 ter) .....

2.3 Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (2 quater) .....

2.4 Indirizzo (2): .....

.....

2.5 Ultima attività esercitata (3): .....

2.6 ☐ Numero di matricola: .....

2.7 ☐ Numero della pensione: .....

2.8 Numero della pratica: .....

2.9 Data di presentazione della domanda di pensione: .....

2.10 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: .....

E 213

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, terapie applicate 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: .....

.....

.....

4 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 arteriosa (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? ☐ Sì ☐ No In caso affermativo, quanto tempo? ..... — Cianosi labiale? ☐ Sì ☐ No — Estrasistole? ☐ Sì ☐ No — In caso di estrasistole a riposo, diventano più frequenti? ☐ Sì ☐ No più rare? ☐ Sì ☐ No spariscono del tutto? ☐ Sì ☐ No
— altre perturbazioni del ritmo dopo sforzo? .... — Osservazioni particolari:				

Referto dell'esame elettrocardiografico, con indicazione della data:

.....

.....

Referto dell'esame oscillografico, con indicazione della data:

.....

.....

5 Apparato digerente

(Parete addominale, ernia, palpazione dell'addome, cicatrici da interventi chirurgici, fegato, milza, gangli, ecc.):

.....

.....

.....

Referto degli esami radiografici, con indicazione della data:

.....

.....

.....

6 Apparato locomotorio

(Ossa, muscoli, esame della conformazione e mobilità delle articolazioni e della colonna vertebrale, segno di Lasègue, misurazioni comparate degli arti, 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 ☐ 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 ☐ sono ☐ non sono stabilizzate:

.....

.....

3 Data dell'inizio dell'attuale inabilità al lavoro (5) (6):

.....

4 Data dell'inizio dell'attuale invalidità (7):

.....

5 L'interessato ☐ è idoneo ☐ non è idoneo ad esercitare un'attiviga diversa dall'ultimo lavoro

6 L'interessato ☐ può ☐ non può essere riadattato

7 L'interessato ☐ è ☐ non è nell'impossibilità assoluta di spostarsi

8 L'interessato ☐ è ☐ non è ricoverato in ospedale

In caso affermativo, durata probabile della degenza: .....

Eventuale data in uscita: .....

9 Per compiere gli atti ordinari della vita
☐ è necessario ☐ non è necessario l'aiuto di altra persona

10 L'invalidità è ☐ temporanea ☐ definitiva

11 Data presumibile della cessazione dell'invalidità temporanea: .....

12 Dopo l'assegnazione della pensione lo stato della persona esaminata

☐ è migliorato ☐ è stazionario ☐ si è aggravato

Osservazioni:

.....

.....

.....

.....

.....

13 L'interessato ☐ 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

☐ 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 pensione 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 consigliata:

.....

.....

.....

.....

L'interessato ☐ accetta ☐ non accetta detta terapia

4 La continuazione delle cure mediche

☐ può ☐ non può provocare un miglioramento dello stato di salute dell'interessato

☐ può ☐ non può consentire la guarigione

5 Grado d'invalidità per il lavoro in miniera (soltanto se si tratta di un minatore) (8):

sul fondo: ..... in superficie: .....

(all'occorrenza, allegare un formulario E 214)

6 L'interessato ☐ è ☐ non è nella necessità

☐ di interrompere la sua attività nella miniera

☐ di mutare la sua attività

7 Tasso di inabilità all'esercizio di una professione agricola autonoma (se la persona ha esercitato in Francia in qualità di lavoratore agricolo autonomo) (9): .....

7.1 Per gli assicurati di < 60 anni ☐ inabilità totale ☐ inabilità > ai $^2/_3$

☐ inabilità < $^2/_3$ (9)

7.2 Per gli assicurati di ≥ 60 anni ☐ inabilità ≥ al 50 % ☐ inabilità < al 50 % (9)

☐ inabilitá 100 % (9 bis)

Osservazioni: .....

.....

.....

PARTE III — CONCLUSIONI

1 Data effettiva di cessazione del lavoro: .....

2 L'invalidità in rapporto all'attività svolta nell'ultimo periodo è

☐ totale ☐ parziale

Ove sia parziale, indicare il grado (9): .....

3 Grado di invalidità per qualsiasi altra attività, tenuto conto delle attitudini dell'interessato (8):

.....

4 Categoria d'invalidità (9) (10): .....

5 ☐ Si allega un formulario E 214 compilato (11).

5.1 ☐ Non si allega un formulario E 214 par la ragione seguente (11):

in base ai risultati della mia visita (e degli eventuali esami specialistici)

☐ ho motivo di ritenere che l'interessato sarà del tutto abile a riprendere il suo lavoro entro ..... mesi

☐ sono portato a concludere che l'interessato si trova in uno stato permamente di inabilità totale all'esercizio di qualsiasi tipo di attività lavorativa

6

6.1 Data: .....

6.2 Firma del medico: .....

7 Istituzione che ha fatto effettuare l'esame medico

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, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso comporta 7 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Sigla del paese cui appartiene l'istituzione che ha fatto compilare il formulario: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

(2 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile), nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(2 ter) Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(2 quater) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(3) Ad uso delle istituzioni belghe, indicare, se possibile, tutte le professioni esercitate dall'assicurato durante la sua carriera, utilizzando, se del caso, dei fogli aggiuntivi.

(4) Tali elementi sono indispensabili, quando la domanda di pensione per invalidità è basata interamente o parzialmente su di una affezione relativa all'apparato respiratorio.

(5) 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.

(6) Da compilare in modo identico alla voce 7.1 del formulario E 204.

(7) Per le necessità delle istituzioni dei Paesi Bassi, si indichi la data d'inizio della concessione delle indennità d'invalidità.

(8) Non riguarda la Germania, l'Irlanda, i Paesi Bassi ed il Regno Unito.

(9) Non riguarda i Paesi Bassi.

(9 bis) Ad uso delle istituzioni spagnole e francesi.

(10) Da compilare solamente quando si effettua l'esame medico ai fini della decisione in merito ad una domanda di pensione.

(11) Da compilare unicamente quando il formulario E 213 è destinato ad una istituzione tedesca oppure olandese e quando è emesso da un medico tedesco o olandese.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 4

E 214 ☐ (1)

RAPPORTO MEDICO RELATIVO ALLA VALUTAZIONE DELLE CAPACITÀ E LIMITI FUNZIONALI

Reg. 1408/71: art. da 39 a 41; art. 87

Da allegare al formulario E 213 **quando ciò è indicato alla voce 5, parte III, dell'E 213** *oppure se lo richiede un'istituzione competente di un altro Stato membro.*

1 Istituzione cui va trasmesso il rapporto

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (2): .....

.....

2 Persona esaminata

2.1 Cognome (2 bis)

.....

2.2 Nomi ..... Cognome da nubile (2 bis) ..... Luogo di nascita (2 ter) .....

2.3 Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (2 quater) .....

2.4 Indirizzo (2): .....

.....

2.5 Ultima professione esercitata: .....

2.6 ☐ Numero di matricola: .....

2.7 ☐ Numero di pensione: .....

3 Rapporto compilato dal medico

3.1 Cognome: ..... Nomi: .....

3.2 Indirizzo (2): .....

.....

3.3 Medico di controllo di: .....

4 In allegato, il formulario: ☐ E 204 ☐ E 213

E 214

	Domande	sì	occasionalmente	spesso	a tempo pieno	a tempo parziale	no	Osservazioni
5	L'assicurato è in grado							
5.1	di esercitare lavori pesanti?	☐					☐	
5.2	di esercitare lavori semipesanti?	☐					☐	
5.3	di esercitare lavori leggeri?	☐					☐	
5.4	di lavorare, in massima parte, in piedi o in movimento?	☐			☐	☐	☐	..... ore al giorno
5.5	di lavorare, in massima parte, seduto?	☐			☐	☐	☐	..... ore al giorno
5.6	di lavorare, alternativamente, in piedi, seduto e in movimento?	☐			☐	☐	☐	..... ore al giorno
5.7	di lavorare curvo?	☐	☐	☐			☐	
5.8	di lavorare accovacciato?	☐	☐	☐			☐	
5.9	di lavorare in ginocchio?	☐	☐	☐			☐	
5.10	di lavorare sdraiato?	☐	☐	☐			☐	
5.11	di lavorare con le braccia alzate?	☐					☐	
5.12	di lavorare in un ambiente asciutto?	☐	☐	☐			☐	
5.13	di lavorare in un ambiente umido?	☐	☐	☐			☐	
5.14	di lavorare in un ambiente freddo?	☐	☐	☐			☐	
5.15	di lavorare in un ambiente caldo?	☐	☐	☐			☐	
5.16	di lavorare in un ambiente caldissimo?	☐	☐	☐			☐	
5.17	di lavorare nell'acqua?	☐	☐	☐			☐	
5.18	di essere sottoposto a bruschi cambiamenti di temperatura?	☐					☐	
5.19	di lavorare all'aria aperta?	☐					☐	
5.20	di lavorare in locali chiusi?	☐					☐	
5.21	di lavorare in spazi ristretti (condotti, spazi dove si deve entrare strisciando, ecc.)?	☐	☐	☐			☐	
5.22	di salire le scale?	☐	☐	☐			☐	
5.23	di usare scale a pioli?	☐	☐	☐			☐	
5.24	di salire sui tetti?	☐	☐	☐			☐	
	di sollevare e portare pesi occasionalmente o ripetutamente (caricare e scaricare ecc.):							
5.25	grandi pesi (+ di 25 kg)?	☐	☐	☐			☐	
5.26	pesi medi (da 10 a 25 kg)?	☐	☐	☐			☐	
5.27	pesi leggeri (da 5 a 10 kg)?	☐	☐	☐			☐	
5.28	pesi molto leggeri (– di 5 kg)?	☐	☐	☐			☐	
5.29	L'assicurato deve usare una tecnica speciale per sollevare e portare pesi (ad esempio, la schiena diritta e piegare le ginocchia)?	☐					☐	
5.30	È allergico a determinate sostanze?	☐					☐	in caso affermativo, precisare le sostanze e le precauzioni da adottare.
5.31	Ha bisogno di accessori speciali per lavorare (ad esempio, sedia regolabile, polifunzionale, ecc.)?	☐					☐	In caso affermativo precisare quali.
5.32	Può servirsi dei trasporti pubblici?	☐					☐	
	Che distanza approssimativa può percorrere:							
5.33	a piedi?							..... km

E 214

Domande		Risposte						Osservazioni
		sì	occasionalmente	spesso	a tempo pieno	a tempo parziale	no	
5.34	in bicicletta?							..... km
5.35	in ciclomotore?							..... km
5.36	in automobile?							..... km
5.37	in carrozzella?							.....
5.38	in carrozzella a motore?							..... km
5.39	Può lavorare con altre persone?	☐					☐	
5.40	Può usare macchine o apparecchi che presentino un certo pericolo?	☐					☐	
5.41	Può occuparsi di lavori di direzione, sorveglianza o organizzazione come se si trattasse della propria azienda?	☐					☐	
5.42	Si deve tener conto di talune particolarità psicologiche per determinate attività?	☐					☐	In caso affermativo, precisare quali e per quali attività.
5.43	Vi sono riserve per il ritmo di lavoro?	☐					☐	In caso affermativo precisare il motivo.
5.44	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?	☐					☐	

6

Data:..... Firma del medico: .....

7 Istituzione che ha fatto effettuare l'esame medico

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, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso comporta 4 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione

NOTE

(1) Sigla del paese al quale appartiene l'istituzione che ha fatto compilare il formulario: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

(2 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Pe i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(2 ter) Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(2 quater) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 4 e 5

E 215 ☐ (1)

RAPPORTO AMMINISTRATIVO SULLA SITUAZIONE DI UN TITOLARE DI PENSIONE

Reg. n. 574/72: art. 40 e 51

1 Istituzione destinataria

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (2): .....

.....

2 Titolare di pensione

2.1 Cognome (3): .....

2.2 Cognome di nascita (3): .....

2.3 Nomi (4): .....

2.4 Cognomi precedenti (5): .....

2.5 Sesso (6): .....

2.6 Cognome e nomi del padre (7): .....

2.7 Cognome e nomi della madre (7) .....

2.8 Stato civile:
☐ celibe ☐ divorziato e risposato (8) ☐ separato
☐ sposato ☐ divorziato non risposato (8) ☐ vedovo

2.9 Numero di matricola (istituzione d'istruttoria): .....

2.10 Numero di matricola (istituzione in causa) (9): .....

2.11 Natura della pensione: .....

3 Nazionalità (10): ..... D.N.I. (10 bis) .....

4 Nascita

4.1 Data (11): .....

4.2 Località (12): .....

4.3 Provincia o dipartimento (13): .....

4.4 Paese (14): .....

5 Indirizzo (2) (15)

.....

.....

6 Coniuge

6.1 Cognome (3)
.....

6.2 Nomi ..... Cognome da nubile ..... Sesso .....

6.3 Data di nascita: ..... Luogo di nascita (12): .....

6.4 Indirizzo (2) (16): .....
.....

6.5 Data di matrimonio: .....

6.6 Il coniuge ☐ esercita ☐ non esercita un'attività professionale

6.7 In caso affermativo, si indichi l'importo dei redditi:
☐ settimanali (17) ..... ☐ annui (18): .....

6.8 Il coniuge ☐ è titolare ☐ non è titolare di una pensione o rendita
☐ regime lavoratori subordinati ☐ regime lavoratori autonomi

In caso affermativo si indichi:

6.9 la natura della pensione o della rendita: .....

6.10 Il numero della pensione o della rendita (10 bis): .....

6.11 l'istituzione debitrice: .....

6.12 l'importo ☐ mensile ☐ trimestrale ☐ annuo: .....

6.13 Il coniuge (19) ☐ beneficia ☐ non beneficia di altre prestazioni

☐ disoccupazione ☐ malattia ☐ invalidità ☐ altre

6.14 Data di inizio: .....

6.15 Importo ☐ mensile ☐ trimestrale ☐ annuo: .....

6.16 Altre fonti di reddito: Natura: .....
Importo (20): .....

7 Figli

7.1	Cognome (3)	Nomi	Data di nascita	Rapporto di parentela
1.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
3.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
4.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
5.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
6.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

7.2 Indirizzo (2) (21): .....
.....

7.3 Osservazioni (22) (22 bis): .....

8 Ascendenti a carico (23)

8.1 Cognome (3)	Nomi	Data di nascita	Rapporto di parentela
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

8.2 Indirizzo (2) (21): .....

.....

8.3 Osservazioni: .....

.....

9 Prestazioni

9.1 Il titolare di pensione	ha chiesto le prestazioni seguenti	e/o beneficia delle prestazioni seguenti
9.2 Pagamento del salario in caso di malattia	☐	☐
9.3 Indennità dell'assicurazione malattia	☐	☐
9.4 Indennità di rieducazione	☐	☐
9.5 Pensione d'invalidità	☐	☐
9.6 Pensione di vecchiaia	☐	☐
9.7 Pensione ai superstiti	☐	☐
9.8 Rendita per infortunio sul lavoro o malattia professionale	☐	☐
9.9 Prestazioni di disoccupazione	☐	☐

9.10 Istituzioni debitrici delle prestazioni comprese da 9.3 a 9.9
[denominazione, indirizzo (2)]

ad 9..... .....

ad 9..... .....

ad 9..... .....

ad 9..... .....

9.11 Informazioni complementari sulle prestazioni di cui alle voci da 9.3 a 9.9

	Numero di riferimento	Periodo o decorrenza	Importo
ad 9.....	.....	.....	☐ settimanale ☐ mensile ☐ annuo
ad 9.....	.....	.....	☐ settimanale ☐ mensile ☐ annuo
ad 9.....	.....	.....	☐ settimanale ☐ mensile ☐ annuo
ad 9.....	.....	.....	☐ settimanale ☐ mensile ☐ annuo

10 Attività eventuali

10.1 Il titolare di pensione

☐ non esercita alcuna attività

☐ esercita una attività subordinata ☐ intende esercitare un'attività subordinata (24)

☐ intende esercitare una attività autonoma ☐ intende esercitare un'attivita autonoma (24)

natura dell'attività: .....

10.2 Data d'inizio dell'attività attuale: .....

10.3 Durata del lavoro: ..... ore settimanali

10.4 Importo del reddito: ☐ giornaliero ☐ settimanale ☐ mensile .....

10.5 Retribuzione ☐ giornaliera ☐ settimanale ☐ mensile

di un lavoratore valido che svolge lavoro equivalente, per una normale durata di lavoro

di ..... ore

☐ giornaliere ☐ settimanali ☐ mensili: .....

10.6 Periodo(i) corrispondente(i) al reddito indicato alla voce 10.4

.....

11 Il titolare di pensione è deceduto il: .....

12 Eventuali osservazioni: .....

.....

13 Istituzione che ha redatto il rapporto

13.1 Denominazione: .....

13.2 Indirizzo (2): .....

.....

13.3 Timbro

13.4 Data: .....

13.5 Firma

.....

AVVERTENZE

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

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese al quale l'istituzione mittente: B = Belgio; DK = Danimarka; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

(3) — Il cognome è quello usuale oppure quello acquisito per matrimonio. Se il formulario è compilato da un'istituzione olandese e se l'assicurato o l'avente diritto è una donna sposata o che lo è stata, il cognome da indicare è quello del marito attuale o dell'ultimo marito.
— Il cognome di nascita dev'essere sempre indicato; nel caso sia identico a quello di famiglia, scrivere «idem». Se il formulario è compilato da un'istituzione olandese e se l'assicurato o l'avente diritto è una donna sposata o che lo è stata, il cognome da indicare è quello da nubile.
— Gli avverbi «detto» e «alias» e le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
— Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
— Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(4) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.

(5) Da indicare in particolare nei casi di adozione o di utilizzazione di soprannomi entrati nell'uso corrente.
Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.

(6) M = maschile; F = femminile.

(7) Informazione necessaria per i cittadini spagnoli e per i cittadini francesi che non sono nati sul territorio metropolitano francese.

(8) Da compilare, per quanto possibile, per i bisogni delle istituzioni tedesche, francesi, italiane, lussemburghesi, olandesi e portoghesi. Qualora l'istituzione d'istruttoria non sia in possesso dell'informazione, l'istituzione competente si rivolgerà direttamente all'interessato.

(9) Ove il formulario sia trasmesso ad una istituzione danese, si indichi il numero CPR ed eventualmente il numero ATP.

(10) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.

(10 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(11) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 1° agosto 1921 = 01. 08. 1921).

(12) Per le città francesi con più circoscrizioni si indichi il numero della circoscrizione (esempio: Parigi 14). Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(13) Informazione obbligatoria per i cittadini spagnoli, francesi o italiani. Questa rubrica comporta, a seconda dei paesi, l'indicazione di appartenenza territoriale del luogo di nascita (esempio: per quanto concerne la Francia, per un comune di nascita: Lille, si indichi il dipartimento di nascita: Nord, associato al numero di codice del dipartimento se l'assicurato lo conosce, nella fattispecie: 59. L'informazione sarà pertanto: Nord 59). Per le persone nate in Spagna, indicare solo la provincia.

(14) Sigla del paese di nascita dell'assicurato codificato secondo il codice internazionale dei veicoli automobilistici.

(15) Ove il formulario sia trasmesso ad una istituzione danese, si indichi l'ultimo indirizzo in Danimarca del richiedente nel seguente riquadro.

Indirizzo (2): .....
.....

(16) Da compilare esclusivamente per le istituzioni danesi.

(17) Da compilare esclusivamente per le istituzioni irlandesi e del Regno Unito.

(18) Da compilare per le istituzioni belghe, danesi, francesi, italiane, lussemburghesi, olandesi e portoghesi.

(19) Non riguarda le istituzioni lussemburghesi.

(20) Da compilare per le istituzioni belghe, tedesche, italiane e portoghesi (importo mensile), francesi (importo trimestrale), danesi e olandesi (importo annuale).

(21) Indicare l'indirizzo comune. Se uno dei figli o degli ascendenti ha un recapito diverso, indicarlo nel seguente riquadro.

Cognome e nomi: .....
Indirizzo (2): .....
.....

(22) Precisare se il figlio è coniugato, infermo, deceduto (data del decesso), apprendista oppure se prosegue gli studi.

(22 bis) Ad uso delle istituzioni spagnole, indicare se il figlio invalido è titolare di una pensione d'invalidità a titolo personale.

(23) Da compilare per le istituzioni belghe, tedesche e francesi.

(24) Ad uso delle istituzioni spagnole, indicare se tale attività comporta l'affiliazione obbligatoria all'assicurazione pensione.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

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 a cura dell'istituzione competente per l'assicurazione contro la disoccupazione o dall'istituzione designata dall'autorità competente dello Stato membro in cui il lavoratore subordinato disoccupato è stato assicurato in precedenza, per essere consegnato all'interessato o trasmesso all'istituzione competente.

1 Lavoratore subordinato

1.1 Cognome (1 bis)
.....

1.2 Nomi ..... Cognome da nubile (1 bis) ..... Data di nascita .....

1.3 Luogo di nascita (1 ter) ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (1 quater) .....

1.4 Indirizzo del lavoratore nello Stato cui l'attestato è destinato (1 quinquies) (11)
.....
.....

2 L'interessato sopraccitato ha compiuto, nel corso

2.1 ☐ dell'anno (2) ☐ degli ultimi due anni (2) ☐ degli ultimi tre anni (2)
☐ di più di tre anni (2) ☐ degli ultimi quattro anni (2)
che precede/precedono la data di cessazione dell'ultima occupazione,

3 i seguenti periodi di assicurazione relativi ad una attività subordinata e a periodi equivalenti (3):

3.1 Periodi di assicurazione

dal	al

3.2 Periodi equivalenti

dal	al	Motivo dell'equivalenza (4)

4 i seguenti periodi di occupazione subordinata a periodi equivalenti (3):

4.1 Periodi di occupazione (5 bis)

dal	al	Attività esercitata (5)

4.2 Periodi equivalenti

dal	al	Motivo dell'equivalenza (4)

5 **Dati relativi all'ultima occupazione:**

Settore di attività	Attività esercitata (6) (ad. es: «muratore», non «lavoratore edile»)	Importo medio della retribuzione settimanale (approssimativa) (7)

5.1 Motivo della cessazione: ☐ licenziamento ☐ dimissione
☐ fine del contratto ☐ risoluzione del contratto di comune accordo
☐ altri motivi .....

6 L'interessato

6.1 ☐ ha percepito o ha diritto a retribuzione oltre la data di cessazione dell'occupazione, cioè fino al: .....

6.2 ☐ in occasione della cessazione dell'occupazione ha percepito o ha diritto ad una indennità od altro importo pari a: .....

6.3 ☐ ha percepito o ha diritto ad un'indennità sostitutiva delle ferie pari a
..... per ..... giorni (8)

6.4 ☐ ha rinunciato ai seguenti diritti derivanti dal contratto di lavoro (9):
.....
Motivo: .....

6.5 ☐ ha diritto al prepensionamento

7 L'interessato ha percepito dall'inizio del primo periodo summenzionato le prestazioni di disoccupazione (10):

dal	al

8 ☐ L'interessato ha diritto a prestazioni ai sensi dell'articolo 69 del Reg. 1408/71
(attestato E 303 per il periodo dal ..... al .....
rilasciato il .....)

9 ☐ L'interessato non ha diritto a prestazioni ai sensi dell'articolo 69 del Reg. 1408/71,

9.1 ☐ perché non ha diritto a norma della legislazione applicata dall'istituzione che rilascia il presente formulario

9.2 ☐ perchè 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

10 ☐ L'interessato non ha 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

11 Istituzione che rilascia il formulario

11.1 Denominazione: .....

11.2 Indirizzo (11): .....
.....

11.3 Timbro

11.4 Data: .....

11.5 Firma
.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello utilizzando unicamente le linee apposite punteggiate. Esso è composto di 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte la pagine, 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; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(1 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(1 ter) Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(1 quater) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(1 quinquies) Indicare, se noto.

(2) Nei formulari destinati ad un'istituzione con sede in Francia, nel Lussemburgo o nei Paesi Bassi occorre un anno, in quelli destinati ad un'istituzione in Italia occorrono 2 anni (però l'istituzione potrà inoltre richiedere la carriera completa dell'interessato all'estero); in quelli destinati ad un'istituzione in Belgio, Danimarca, Grecia, Irlanda o del Regno Unito occorrono 3 anni; in quelli destinati a un'istituzione in Germania o in Spagna occorrono quattro anni; in quelli destinati ad un'istituzione in Portogallo, più di tre anni.

(3) 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.

(4) Ad esempio: malattia, maternità, infortunio sul lavoro, servizio militare, formazione professionale, disoccupazione accertata, ecc.

(5) Da compilare se l'attestato è destinato ad un'istituzione belga, tedesca, greca, francese, italiana o portoghese.

(5 bis) Per le istituzioni danesi indicare anche il numero di ore di lavoro prestate nel corso di tali periodi.

(6) Precisare se trattasi di attività stagionale.

(7) Da compilare, nei limiti del possibile, se l'attestato è destinato ad un'istituzione tedesca, greca, francese, olandese o portoghese.

(8) Da compilare se l'attestato è destinato ad una istituzione belga, danese, tedesca, spagnola, francese, italiana o olandese.

(9) Da compilare se l'attestato è destinato ad una istituzione belga, danese, italiana, olandese o portoghese.

(10) Compilare se l'attestato è destinato ad un'istituzione tedesca, greca, spagnola, francese, italiana o portoghese.

(11) Via, numero, codice postale, località, paese.

E 301 intercalare

QUADRO 3

PERIODI DI ASSICURAZIONE E PERIODI EQUIVALENTI

INFORMAZIONE COMPLEMENTARE AD USO DELLE ISTITUZIONI SPAGNOLE

Compilare quando il lavoratore disoccupato ha 55 anni di età o più e risiede in Spagna.

Il lavoratore indicato al riquadro 1 ha compiuto nel corso della sua vita lavorativa i seguenti periodi di assicurazione e periodi equivalenti:

1. Periodi di assicurazione corrispondenti a un'attività subordinata

Periodi di assicurazione e periodi equivalenti compiuti			Periodi di assicurazione		Periodi equivalenti		Professione
Anno	dal	al	Anni	Giorni	Anni	Giorni	

2. Periodi di assicurazione corrispondenti a un'attività autonoma

dal	al	dal	al	dal	al	dal	al	dal	al

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

E 302 [ ] (1)

ATTESTATO RELATIVO AI FAMILIARI DEL LAVORATORE SUBORDINATO DISOCCUPATO DA PRENDERE IN CONSIDERAZIONE PER IL CALCOLO DELLE PRESTAZIONI

Reg. 1408/71: art. 68.2
Reg. 574/72: art. 82

Da compilarsi a cura dell'istituzione designata del luogo di residenza dei familiari, per essere consegnato al lavoratore subordinato disoccupato o trasmesso all'istituzione competente.

1 Lavoratore subordinato disoccupato

1.1 Cognome (1 bis)
.....

1.2 Nomi ..... Cognome da nubile (1 bis) ..... Data di nascita .....

1.3 Luogo di nascita (1 ter) ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (1 quater) .....

2 Familiari

Numero d'ordine	Cognome (1 bis)	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)

Numero d'ordine (2)	Familiari	Natura del reddito	Importo

4 I familiari di cui ai numeri d'ordine seguenti erano a carico del lavoratore subordinato disoccupato all'inizio della disoccupazione:
.....

4.1 Il familiare, di cui ai numeri d'ordine
..... non può, per minorazione fisica o psichica, provvedere al suo mantenimento con il proprio lavoro (3)

4.2 Le maggiorazioni per i familiari a carico di cui ai numeri 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 del Regno Unito:

a prescindere dal periodo di occupazione nel Regno Unito il lavoratore subordinato disoccupato ed il coniuge

☐ convivono ☐ non convivono

4.4 Il presente attestato è valido per 12 mesi successivi alla data del rilascio

5 Istituzione che rilascia l'attestato

5.1 Denominazione: .....

5.2 Indirizzo (4): .....

.....

5.3 Timbro

5.4 Data: .....

5.5 Firma

.....

6 Dichiarazione del lavoratore subordinato disoccupato (5)

6.1 Il lavoratore subordinato disoccupato di cui al quadro 1 dichiara che i suoi familiari indicati con i numeri d'ordine

..... del quadro 2

☐ sono ☐ non sono

presi in considerazione per il calcolo delle prestazioni di disoccupazione dovute ad un'altra persona a norma della legislazione del Regno Unito.

6.2 Data: .....

6.3 Firma del lavoratore subordinato disoccupato

.....

NOTE

IL presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate

AVVERTENZE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(1 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(1 ter) Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(1 quater) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(2) In tal caso, ripetere i numeri d'ordine indicati al riquadro 2.

(3) Da compilare se il formulario è destinato ad un'istituzione belga, greca, spagnola, francese o del Regno Unito.

(4) Via, numero, codice postale, località, paese.

(5) Il lavoratore subordinato disoccupato dovrà compilare l'attestato unicamente se quest'ultimo è rilasciato da una istituzione del Regno Unito.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

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 disoccupato — Numero di matricola: .....

1.1 Cognome (1 bis)
.....

1.2 Nomi ..... Cognome da nubile (1 bis) ..... Data di nascita .....

1.3 Luogo di nascita (1 ter) ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (1 quater) .....

1.4 Indirizzo del disoccupato nello Stato cui è destinato l'attestato (1 quinquies) (6)
.....
.....

2 Il lavoratore disoccupato ha diritto alle prestazioni di disoccupazione qualora si trovi nelle condizioni previste dall'art. 69 del Reg. 1408/71 a decorrere dalla data di iscrizione presso gli uffici di collocamento dello Stato in cui cerca lavoro.

3 Egli può tuttavia 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 (2 bis).

3.1 Può beneficiare delle prestazioni soltanto dal ..... perché, fino a tale data, il diritto alle prestazioni è sospeso (2 bis).

4 Il lavoratore disoccupato ha diritto alle prestazioni per una durata massima di ..... giorni ai sensi dell'articolo 69 del Reg. 1408/71 e, in ogni caso, non oltre il .....

4.1 Le prestazioni sono concesse per tutti i giorni della settimana, salvo
☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì ☐ giovedì ☐ venerdì ☐ sabato ☐ domenica
Le prestazioni sono concesse per ..... giorni al mese.

4.2 *Importo giornaliero:*
..... netto, di cui maggiorazione familiare: ..... netto,
e, dal .....
..... netto, di cui maggiorazione familiare: ..... netto.

4.3 Importo settimanale delle prestazioni di disoccupazione: ..... netto.
e, dal .... netto.

4.4 Importo mensile delle prestazioni di disoccupazione: ..... netto (2 ter).

5 L'erogazione delle prestazioni deve essere sospesa al verificarsi delle seguenti circostanze (art. 83.1 e ed art. 83.3 del Reg. 574/72):

5.1 — quando il lavoratore disoccupato accetti una occupazione non occasionale (3) o inizi un'attività indipendente;

5.2 — quando il lavoratore 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 lavoratore disoccupato rifiuti un'offerta di lavoro o non aderisca ad una convocazione dell'ufficio di collocamento;

5.4 — quando il lavoratore disoccupato rifiuti di sottoporsi a misure di riqualificazione professionale o si astenga dal parteciparvi (4);

5.5 — quando il lavoratore disoccupato non si sottoponga o non si sottoponga più al controllo;

5.6 — quando il lavoratore disoccupato sia permanentemente inabile al lavoro (5);

5.7 — quando il lavoratore disoccupato sia temporaneamente inabile al lavoro (in tal caso, le prestazioni vengono sospese, fintantoché il lavoratore disoccupato non si iscriva nuovamente) (5 bis);

5.8 — quando il lavoratore 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).

E 303/0

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 lavoratore disoccupato; oppure, se del caso, trasmette i formulari all'istituzione competente per la disoccupazione del luogo in cui il lavoratore disoccupato è in cerca di lavoro.

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate

NOTE

([1]) Sigla del paese cui appartiene l'istituzione che compila il formulario: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

([1 bis]) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

([1 ter]) Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

([1 quater]) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

([1 quinquies]) Indicare, se noto.

([2]) In Italia, nei Paesi Bassi e in Portogallo è necessaria inoltre una domanda di prestazioni all'istituzione per l'assicurazione contro la disoccupazione tramite l'ufficio di collocamento.

([2 bis]) Depennare la parte che non interessa.

([2 ter]) Depennare questa riga quando la legislazione applicata dall'istituzione che eroga le prestazioni per conto dell'altra non prevede alcun importo mensile per le prestazioni di disoccupazione.

([3]) A norma della legislazione italiana un'occupazione è considerata non occasionale quando supera i cinque giorni; a norma delle legislazioni belga, spagnola, olandese e del Regno Unito quando dura almeno un'intera giornata lavorativa; a norma della legislazione greca quando dura almeno tre giorni lavorativi alla settimana.

([4]) Questo rifiuto non comporta la sospensione delle prestazioni, ove l'attestato sia stato emesso da una istituzione danese.

([5]) Oppure quando il lavoratore disoccupato benefici di una rendita o pensione di vecchiaia o invalidità, se l'attestato è rilasciato da una istituzione tedesca o lussemburghese.

([5 bis]) Le prestazioni non vengono sospese qualora l'attestato sia rilasciato da un'istituzione lussemburghese o portoghese.

([6]) Via, numero, codice postale, località, paese.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

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 lavoratore disoccupato cerca un'occupazione (Reg. 574/72, art. 83.1).

1	Lavoratore disoccupato	Numero di matricola:	.....
1.1	Cognome (1 bis)		
	.....		
1.2	Nomi	Cognome da nubile (1 bis)	Data di nascita
	.....	.....	.....
1.3	Luogo di nascita (1 ter)	Cittadinanza	D.N.I. (1 quater)
	.....	.....	.....
1.4	Indirizzo del disoccupato nello Stato cui è destinato l'attestato (1 quinquies) (6)		
	.....		
	.....		

2 Il lavoratore disoccupato ha diritto alle prestazioni di disoccupazione qualora si trovi nelle condizioni previste dall'art. 69 del Reg. 1408/71 a decorrere dalla data di iscrizione presso gli uffici di collocamento dello Stato in cui cerca lavoro.

3 Egli può tuttavia 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 (2 bis).

3.1 Può beneficiare delle prestazioni soltanto dal ..... perché, fino a tale data, il diritto alle prestazioni è sospeso (2 bis).

4 Il lavoratore disoccupato ha diritto alle prestazioni per una durata massima di ..... giorni ai sensi dell'articolo 69 del Reg. 1408/71 e,

in ogni caso, non oltre il .....

4.1 Le prestazioni sono concesse per tutti i giorni, salvo

☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì ☐ giovedì ☐ venerdì ☐ sabato ☐ domenica

Le prestazioni sono concesse per ..... giorni al mese.

4.2 Importo giornaliero:

..... netto, di cui maggiorazione familiare: ..... netto,

e, dal .....

..... netto, di cui maggiorazione familiare: ..... netto.

4.3 Importo settimanale delle prestazioni di disoccupazione: ..... netto,

e, dal .... netto.

4.4 Importo mensile delle prestazioni di disoccupazione: ..... netto (2 ter).

5 L'erogazione delle prestazioni deve essere sospesa al verificarsi delle seguenti circostanze (art. 83.1 e ed art. 83.3 del Reg. 574/72):

5.1 — quando il lavoratore disoccupato accetti una occupazione non occasionale (3) o inizi un'attività indipendente;

5.2 — quando il lavoratore 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 lavoratore disoccupato rifiuti un'offerta di lavoro o non aderisca ad una convocazione dell'ufficio di collocamento;

5.4 — quando il lavoratore disoccupato rifiuti di sottoporsi a misure di riqualificazione professionale o si astenga dal parteciparvi (4);

5.5 — quando il lavoratore disoccupato non si sottoponga o non si sottoponga più al controllo;

5.6 — quando il lavoratore disoccupato sia permanentemente inabile al lavoro (5);

5.7 — quando il lavoratore disoccupato sia temporaneamente inabile al lavoro (in tal caso, le prestazioni vengono sospese, fintantoché il lavoratore disoccupato non si iscriva nuovamente) (5 bis);

5.8 — quando il lavoratore 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).

E 303/1

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 lavoratore disoccupato; oppure, se del caso, trasmette i formulari all'istituzione competente per la disoccupazione del luogo in cui il lavoratore disoccupato è in cerca di lavoro.

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate

NOTE

(1) Sigla del paese cui appartiene l'istituzione che compila il formulario: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(1 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(1 ter) Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(1 quater) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(1 quinquies) Indicare, se noto.

(2) In Italia, nei Paesi Bassi e in Portogallo è necessaria inoltre una domanda di prestazioni all'istituzione per l'assicurazione contro la disoccupazione tramite l'ufficio di collocamento.

(2 bis) Depennare la parte che non interessa.

(2 ter) Depennare questa riga quando la legislazione applicata dall'istituzione che eroga le prestazioni per conto dell'altra non prevede alcun importo mensile per le prestazioni di disoccupazione.

(3) A norma della legislazione italiana un'occupazione è considerata non occasionale quando supera i cinque giorni; a norma delle legislazioni belga, spagnola, olandese e del Regno Unito quando dura almeno un'intera giornata lavorativa; a norma della legislazione greca quando dura almeno tre giorni lavorativi alla settimana.

(4) Questo rifiuto non comporta la sospensione delle prestazioni, ove l'attestato sia stato emesso da una istituzione danese.

(5) Oppure quando il lavoratore disoccupato benefici di una rendita o pensione di vecchiaia o invalidità, se l'attestato è rilasciato da una istituzione tedesca o lussemburghese.

(5 bis) Le prestazioni non vengono sospese qualora l'attestato sia rilasciato da un'istituzione lussemburghese o portoghese.

(6) Via, numero, codice postale, località, paese.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

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 lavoratore disoccupato e l'inizio dell'erogazione delle prestazioni (Reg. 574/72: art. 83.3)

1	Lavoratore disoccupato	Numero di matricola:	.....
1.1	Cognome (1 bis)		
	.....		
1.2	Nomi	Cognome da nubile (1 bis)	Data di nascita
	.....	.....	.....
1.3	Luogo di nascita (1 ter)	Cittadinanza	D.N.I. (1 quater)
	.....	.....	.....
1.4	Indirizzo del disoccupato nello Stato cui è destinato l'attestato (1 quinquies) (6)		
	.....		
	.....		

2 Il lavoratore disoccupato ha diritto alle prestazioni di disoccupazione qualora si trovi nelle condizioni previste dall'art. 69 del Reg. 1408/71 a decorrere dalla data di iscrizione presso gli uffici di collocamento dello Stato in cui cerca lavoro.

3 Egli può tuttavia beneficiare delle prestationi dal ..... purché si sia iscritto
come persona in cerca di occupazione entro il ..... agli uffici di collocamento (2)
dello Stato in cui cerca lavoro (2 bis).

3.1 Può beneficiare delle prestazioni soltanto dal ..... perché, fino a tale data, il diritto alle prestazioni è sospeso (2 bis).

4 Il lavoratore disoccupato ha diritto alle prestazioni per una durata massima di ..... giorni
ai sensi dell'articolo 69 del Reg. 1408/71 e,
in ogni caso, non oltre il .....

4.1 Le prestazioni sono concesse per tutti i giorni della settimana, salvo
☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì ☐ giovedì ☐ venerdì ☐ sabato ☐ domenica
Le prestazioni sono concesse per ..... giorni al mese.

4.2 Importo giornaliero:
..... netto, di cui maggiorazione familiare: ..... netto,
e, dal .....
..... netto, di cui maggiorazione familiare: ..... netto.

4.3 Importo settimanale delle prestazioni di disoccupazione: ..... netto,
e, dal .... netto.

4.4 Importo mensile delle prestazioni di disoccupazione: ..... netto (2 ter).

5 L'erogazione delle prestazioni deve essere sospesa al verificarsi delle seguenti circostanze (art. 83.1 e ed art. 83.3 del Reg. 574/72):

5.1 — quando il lavoratore disoccupato accetti una occupazione non occasionale (3) o inizi un'attività indipendente;

5.2 — quando il lavoratore 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 lavoratore disoccupato rifiuti un'offerta di lavoro o non aderisca ad una convocazione dell'ufficio di collocamento;

5.4 — quando il lavoratore disoccupato rifiuti di sottoporsi a misure di riqualificazione professionale o si astenga dal parteciparvi (4);

5.5 — quando il lavoratore disoccupato non si sottoponga o non si sottoponga più al controllo;

5.6 — quando il lavoratore disoccupato sia permanentemente inabile al lavoro (5);

5.7 — quando il lavoratore disoccupato sia temporaneamente inabile al lavoro (in tal caso, le prestazioni vengono sospese, fintantoché il lavoratore disoccupato non si iscriva nuovamente) (5 bis);

5.8 — quando il lavoratore 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).

E 303/2

6	Istituzione che rilascia il formulario

6.1 Denominazione: .....

6.2 Indirizzo (6): .....

.....

Da compilarsi a cura dell'istituzione del paese in cui il disoccupato cerca un'occupazione

7 Certifichiamo

7.1 che la persona summenzionata si è iscritta come lavoratore disoccupato in cerca di occupazione il

.....

7.2 e beneficia delle prestazioni di disoccupazione dal

.....

8	Istituzione del paese in cui il lavoratore disoccupato cerca un'occupazione

8.1 Denominazione: .....

8.2 Indirizzo (6): .....

.....

8.3 Timbro

8.4 Data: .....

8.5 Firma

.....

E 303/2

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 lavoratore disoccupato; oppure, se del caso, trasmette i formulari all'istituzione competente per la disoccupazione del luogo in cui il lavoratore disoccupato è in cerca di lavoro.

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello utilizzando unicamente le linee apposite punteggiate. Esso è composto di 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, 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; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(1 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(1 ter) Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(1 quater) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(1 quinquies) Indicare, se noto.

(2) In Italia, nei Paesi Bassi e in Portogallo è necessaria inoltre una domanda di prestazioni all'istituzione per l'assicurazione contro la disoccupazione tramite l'ufficio di collocamento.

(2 bis) Depennare la parte che non interessa.

(2 ter) Depennare questa riga quando la legislazione applicata dall'istituzione che eroga le prestazioni per conto dell'altra non prevede alcun importo mensile per le prestazioni di disoccupazione.

(3) A norma della legislazione italiana un'occupazione è considerata non occasionale quando supera i cinque giorni; a norma delle legislazioni belga, spagnola, olandese e del Regno Unito quando dura almeno un'intera giornata lavorativa; a norma della legislazione greca quando dura almeno tre giorni lavorativi alla settimana.

(4) Questo rifiuto non comporta la sospensione delle prestazioni, ove l'attestato sia stato emesso da una istituzione danese.

(5) Oppure quando il lavoratore disoccupato benefici di una rendita o pensione di vecchiaia o invalidità, se l'attestato è rilasciato da una istituzione tedesca o lussemburghese.

(5 bis) Le prestazioni non vengono sospese qualora l'attestato sia rilasciato da un'istituzione lussemburghese o portoghese.

(6) Via, numero, codice postale, località, paese.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

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 lavoratore disoccupato cerca un'occupazione (Reg. 574/72: art. 26.2)

1	Lavoratore disoccupato	Numero di matricola:	.....
1.1	Cognome (1 bis)		
	.....		
1.2	Nomi	Cognome da nubile (1 bis)	Data di nascita
	.....	.....	.....
1.3	Luogo di nascita (1 ter)	Cittadinanza	D.N.I. (1 quater)
	.....	.....	.....
1.4	Indirizzo del disoccupato nello Stato cui è destinato l'attestato (1 quinquies) (6)		
	.....		
	.....		

2 Il lavoratore disoccupato ha diritto alle prestazioni di disoccupazione qualora si trovi nelle condizioni previste dall'art. 69 del Reg. 1408/71 a decorrere dalla data di iscrizione presso gli uffici di collocamento dello Stato in cui cerca lavoro.

3 Egli può tuttavia 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 (2 bis).

3.1 Può beneficiare delle prestazioni soltanto dal ..... perché, fino a tale data, il diritto alle prestazioni è sospeso (2 bis).

4 Il lavoratore disoccupato ha diritto alle prestazioni per una durata massima di ..... giorni
ai sensi dell'articolo 69 del Reg. 1408/71 e,
in ogni caso, non oltre il .....

4.1 Le prestazioni sono concesse per tutti i giorni della settimana salvo
☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì ☐ giovedì ☐ venerdì ☐ sabato ☐ domenica
Le prestazioni sono concesse per ..... giorni al mese.

4.2 Importo giornaliero:
..... netto, di cui maggiorazione familiare: ..... netto,
e, dal .....
..... netto, di cui maggiorazione familiare: ..... netto.

4.3 Importo settimanale delle prestazioni di disoccupazione: ..... netto,
e, dal .... netto.

4.4 Importo mensile delle prestazioni di disoccupazione: ..... netto (2 ter).

5 L'erogazione delle prestazioni deve essere sospesa al verificarsi delle seguenti circostanze (art. 83.1 e ed art. 83.3 del Reg. 574/72):

5.1 — quando il lavoratore disoccupato accetti una occupazione non occasionale (3) o inizi un'attività indipendente;

5.2 — quando il lavoratore 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 lavoratore disoccupato rifiuti un'offerta di lavoro o non aderisca ad una convocazione dell'ufficio di collocamento;

5.4 — quando il lavoratore disoccupato rifiuti di sottoporsi a misure di riqualificazione professionale o si astenga dal parteciparvi (4);

5.5 — quando il lavoratore disoccupato non si sottoponga o non si sottoponga più al controllo;

5.6 — quando il lavoratore disoccupato sia permanentemente inabile al lavoro (5);

5.7 — quando il lavoratore disoccupato sia temporaneamente inabile al lavoro (in tal caso, le prestazioni vengono sospese, fintantoché il lavoratore disoccupato non si iscriva nuovamente) (5 bis);

5.8 — quando il lavoratore 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).

E 303/3

6 Istituzione che rilascia il formulario

6.1 Denominazione: .....

6.2 Indirizzo ([6]): .....

.....

Da compilarsi a cura dell'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 lavoratore disoccupato in cerca di occupazione il

.....

7.2 e beneficia delle prestazioni di disoccupazione dal

.....

8 Istituzione del paese in cui il lavoratore disoccupato cerca un'occupazione

8.1 Denominazione: .....

8.2 Indirizzo ([6]): .....

.....

8.3 Timbro

8.4 Data: .....

8.5 Firma

.....

E 303/3

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 lavoratore disoccupato; oppure, se del caso, trasmette i formulari all'istituzione competente per la disoccupazione del luogo in cui il lavoratore disoccupato è in cerca di lavoro.

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le linee apposite punteggiate. Esso è composto di 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, 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; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(1 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(1 ter) Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(1 quater) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(1 quinquies) Indicare, se noto.

(2) In Italia, nei Paesi Bassi e in Portogallo è necessaria inoltre una domanda di prestazioni all'istituzione per l'assicurazione contro la disoccupazione tramite l'ufficio di collocamento.

(2 bis) Depennare la parte che non interessa.

(2 ter) Depennare questa riga quando la legislazione applicata dall'istituzione che eroga le prestazioni per conto dell'altra non prevede alcun importo mensile per le prestazioni di disoccupazione.

(3) A norma della legislazione italiana un'occupazione è considerata non occasionale quando supera i cinque giorni; a norma delle legislazioni belga, spagnola, olandese e del Regno Unito quando dura almeno un'intera giornata lavorativa; a norma della legislazione greca quando dura almeno tre giorni lavorativi alla settimana.

(4) Questo rifiuto non comporta la sospensione delle prestazioni, ove l'attestato sia stato emesso da una istituzione danese.

(5) Oppure quando il lavoratore disoccupato benefici di una rendita o pensione di vecchiaia o invalidità, se l'attestato è rilasciato da una istituzione tedesca o lussemburghese.

(5 bis) Le prestazioni non vengono sospese qualora l'attestato sia rilasciato da un'istituzione lussemburghese o portoghese.

(6) Via, numero, codice postale, località, paese.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

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 dev'essere rinviato all'istituzione competente per informazione e/o per il rimborso delle prestazioni di disoccupazione erogate a suo carico (Reg. 574/72, art. 97).

1 Lavoratore disoccupato — Numero di matricola: .....

1.1 Cognome (1 bis)
.....

1.2 Nomi ..... Cognome da nubile (1 bis) ..... Data di nascita .....

1.3 Luogo di nascita (1 ter) ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (1 quater) .....

1.4 Indirizzo del disoccupato nello Stato cui è destinato l'attestato (1 quinquies) (6)
.....
.....

2 Il lavoratore disoccupato ha diritto alle prestazioni di disoccupazione qualora si trovi nelle condizioni previste dall'art. 69 del Reg. 1408/71 a decorrere dalla data di iscrizione presso gli uffici di collocamento dello Stato in cui cerca lavoro.

3 Egli può tuttavia 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 (2 bis).

3.1 Può beneficiare delle prestazioni soltanto dal ..... perché, fino a tale data, il diritto alle prestazioni è sospeso (2 bis).

4 Il lavoratore disoccupato ha diritto alle prestazioni per una durata massima di ..... giorni ai sensi dell'articolo 69 del Reg. 1408/71 e, in ogni caso, non oltre il .....

4.1 Le prestazioni sono concesse per tutta la settimana salvo
☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì ☐ giovedì ☐ venerdì ☐ sabato ☐ domenica
Le prestazioni sono concesse per ..... giorni al mese.

4.2 Importo giornaliero:
..... netto, di cui maggiorazione familiare: ..... netto,
e, dal .....
..... netto, di cui maggiorazione familiare: ..... netto.

4.3 Importo settimanale delle prestazioni di disoccupazione: ..... netto.
e, dal .... netto.

4.4 Importo mensile delle prestazioni di disoccupazione: ..... netto (2 ter).

5 L'erogazione delle prestazioni deve essere sospesa al verificarsi delle seguenti circostanze (art. 83.1 e ed art. 83.3 del Reg. 574/72):

5.1 — quando il lavoratore disoccupato accetti una occupazione non occasionale (3) o inizi un'attività indipendente;

5.2 — quando il lavoratore 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 lavoratore disoccupato rifiuti un'offerta di lavoro o non aderisca ad una convocazione dell'ufficio di collocamento;

5.4 — quando il lavoratore disoccupato rifiuti di sottoporsi a misure di riqualificazione professionale o si astenga dal parteciparvi (4);

5.5 — quando il lavoratore disoccupato non si sottoponga o non si sottoponga più al controllo;

5.6 — quando il lavoratore disoccupato sia permanentemente inabile al lavoro (5);

5.7 — quando il lavoratore disoccupato sia temporaneamente inabile al lavoro (in tal caso, le prestazioni vengono sospese, fintantoché il lavoratore disoccupato non si iscriva nuovamente) (5 bis);

5.8 — quando il lavoratore 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 a cura dell'istituzione del paese in cui il lavoratore disoccupato cerca una occupazione

7 In base al presente attestato sono stati erogati al lavoratore disoccupato i seguenti importi:

Periodi cui si riferisce il pagamento		Numero di giornate indennizzate	Data in cui è stato disposto il pagamento	Cambio applicato	Importo giornaliero in ..... ([7])	Importo giornaliero in ..... ([8])	Importo totale pagato in ..... ([8])
dal	al						
1	2	3	4	5	6	7	8
						Totale:	

Motivo della sospensione o della cessazione dei pagamenti

.....

.....

8 Istituzione del paese in cui il lavoratore disoccupato cerca un'occupazione

8.1 Denominazione: .....

8.2 Indirizzo ([6]): .....

.....

8.3 Timbro

8.4 Data: .....

8.5 Firma

.....

E 303/4

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 lavoratore disoccupato; oppure, se del caso, trasmette i formulari all'istituzione competente per la disoccupazione del luogo in cui il lavoratore disoccupato è in cerca di lavoro.

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le linee apposite linee punteggiate. Esso è composto di 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, 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; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(1 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(1 ter) Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(1 quater) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(1 quinquies) Indicare, se noto.

(2) In Italia nei Paesi Bassi e in Portogallo è necessaria inoltre un'ulteriore iscrizione (una domanda di prestazioni) presso l'istituzione per l'assicurazione contro la disoccupazione tramite l'ufficio di collocamento.

(2 bis) Depennare la parte che non interessa.

(2 ter) Depennare questa riga quando la legislazione applicata dall'istituzione che eroga le prestazioni per conto dell'altra non prevede alcun importo mensile per le prestazioni di disoccupazione.

(3) A norma della legislazione italiana un'occupazione è considerata non occasionale quando supera i cinque giorni; a norma delle legislazioni belga, spagnola, olandese e del Regno Unito quando dura almeno un'intera giornata lavorativa; a norma della legislazione greca; quando dura almeno tre giorni lavorativi alla settimana.

(4) Questo rifiuto non comporta la sospensione delle prestazioni, ove l'attestato sia stato emesso da una istituzione danese.

(5) Oppure quando il lavoratore disoccupato benefici di una rendita o pensione di vecchiaia o invalidità, se l'attestato è rilasciato da una istituzione tedesca o lussemburghese.

(5 bis) Le prestazioni non vengono sospese qualora l'attestato sia rilasciato da un'istituzione lussemburghese o portoghese.

(6) Via, numero, codice postale, località, paese.

(7) Valuta dello Stato che rilascia l'E 303.

(8) Valuta dello Stato in cui il lavoratore disoccupato cerca lavoro.

Avvertenze per il lavoratore 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.

Appena arrivato,

nella località dove cerca un'occupazione, l'interessato dovrà presentarsi immediatamente all'Ufficio di collocamento, nei Paesi Bassi anche agli uffici che erogano le indennità di disoccupazione:

Gli uffici sono i seguenti:
in Belgio: gli uffici locali dell'«Office national de l'emploi» (Ufficio nazionale del lavoro);
in Danimarca: il locale «Arbejdsformidlingskontor» (Ufficio di collocamento);
nella Repubblica federale di Germania: l'«Arbeitsamt» (Ufficio del lavoro);
in Grecia: l'ufficio locale dell'«Organismos Apascholiseos Ergatikou Dynamikou» (OAED) (Ufficio di collocamento) o, in mancanza di questo, l'ufficio locale dell'IKA.
in Spagna, la «Dirección Provincial del INEM (Instituto Nacional de Empleo)» (Direzione provinciale dell'INEM [Istituto nazionale dell'occupazione]).
in Francia: la locale «Agence locale de l'emploi» (Ufficio del lavoro);
in Irlanda: il più vicino «local office of the Department of Social Welfare» (Ufficio locale del Ministero della previdenza sociale);
in Italia: la Sezione comunale di collocamento, cui va presentata anche la domanda di prestazioni di disoccupazione;
nel Lussemburgo: «l'Administration de l'emploi» (Ufficio del lavoro);
nei Paesi Bassi: il «Gewestelijk Arbeidsbureau» (Ufficio regionale del lavoro), e la sede distrettuale del «Gemeenschappelijk Administratiekantoor» (Ufficio amministrativo comune);
in Portogallo, **per il continente:** il «Centro de Emprego» (Centro per l'occupazione) del luogo di dimora; **per Madera:** la «Direcção Regional de Emprego» (Direzione regionale dell'occupazione) a Funchal; **per le Azzorre:** il «Centro do Emprego» (Centro per l'occupazione) del luogo di dimora;
nel Regno Unito: il locale «Employment exchange» (Ufficio di collocamento).

L'interessato dovrà consegnare ai suddetti uffici tutte le copie del formulario E 303 in suo possesso, ad eccezione dell'E 303/5, che conserva. Per la Danimarca, è l'istituzione danese competente che invia sempre direttamente i formulari all'istituzione del paese in cui l'interessato cerca lavoro. Questi ne riceve pertanto solo una copia.

Nel formulario E 303 è indicata la data entro la quale l'interessato dovrà presentarsi, se desidera riscuotere l'indennità di disoccupazione, sin da quando ha cessato di essere a disposizione, come disoccupato in cerca di occupazione, dell'ufficio di collocamento del paese che ha lasciato.

Durante la ricerca di occupazione,

l'assicurato è soggetto al controllo dell'ufficio di collocamento e dell'ente per l'assicurazione contro la disoccupazione come i disoccupati del paese stesso. Tutte le variazioni che possono modificare il diritto alle indennità di disoccupazione debbono essere notificate agli stessi uffici cui è stato presentato il formulario E 303; lo stesso dicasi per un periodo di inabilità al lavoro.

Qualora una variazione della situazione possa comportare un aumento delle prestazioni (ad esempio matrimonio o nascita di un figlio), il lavoratore interessato può darne direttamente notizia all'ente per l'assicurazione contro la disoccupazione che ha rilasciato il formulario E 303, corredandola dei relativi documenti.

L'interessato che rientri nel paese dell'ultima occupazione prima della scadenza del periodo indicato al punto 4 del formulario E 303, può continuare a beneficiare delle indennità di disoccupazione alle condizioni in vigore in tale paese. Occorre tuttavia che l'ufficio di collocamento e l'ente per l'assicurazione contro la disoccupazione del paese dell'ultima occupazione siano a conoscenza dei periodi in cui le prestazioni di disoccupazione sono state erogate nel paese in cui l'interessato si è recato per trovarvi lavoro. Pertanto prima del rientro nel paese dell'ultima occupazione, l'interessato deve munirsi presso l'ufficio di collocamento dell'attestato che trovasi a retro del presente formulario, che indica le prestazioni eventualmente percepite nel paese in cui si è cercato un lavoro. Ove non avesse percepito in tutto o in parte tali prestazioni, l'interessato potrà delegare una persona di sua fiducia a riscuotere le somme dovutegli. Questa possibilità di delega non è ammessa per le indennità del Regno Unito, nè sul territorio del Regno Unito.

Il rientro dell'interessato nel paese dell'ultima occupazione dopo la scadenza del periodo indicato al punto 4 del formulario E 303 di cui è in possesso, potrebbe comportare la decadenza di qualsiasi diritto alle prestazioni in questione.

Tuttavia, qualora il ritardo nel rientro sia dovuto a circostanze eccezionali, l'ente che ha rilasciato il formulario E 303 può decidere di reintegrare l'interessato, al suo rientro, nel diritto alle prestazioni.

E 303/5

Da compilarsi a cura dell'ufficio di collocamento del paese in cui il lavoratore disoccupato cerca lavoro

1 Lavoratore disoccupato

1.1 Cognome (1)

.....

1.2 Nomi ..... Cognome da nubile (1) ..... Data di nascita .....

2 E 303 del ..... rilasciato dall'istituzione

2.1 (denominazione) .....

2.2 (indirizzo) .....

3 In base al succitato E 303,

3.1 le prestazioni di disoccupazione sono state erogate per i periodi

dal	al	n. giorni
.....	.....	.....
.....	.....	.....

3.2 le prestazioni di disoccupazione non sono state erogate per i periodi

dal	al	n. giorni
.....	.....	.....
.....	.....	.....

per i seguenti motivi (per es.: scadenza del periodo; riassunzione; malattia; rientro in ..... ecc):

.....

.....

4 Ufficio di collocamento del paese in cui il lavoratore disoccupato cerca lavoro

4.1 Denominazione: .....

4.2 Indirizzo: .....

.....

4.3 Timbro

4.4 Data: .....

4.5 Firma

.....

NOTA

(1) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile), nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

E 401 ☐ (1)

ATTESTATO CONCERNENTE LA COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA PER LA CONCESSIONE DELLE PRESTAZIONI FAMILIARI

Reg. 1408/71: art. 73.1; art. 74.1; art. 77; art. 78
Reg. 574/72: art. 86.2; art. 88; art. 90; art. 91; art. 92

Allegare il presente formulario ad una domanda da inviare all'istituzione competente per le prestazioni familiari.

1

☐ Lavoratore subordinato
☐ Orfano
☐ Titolare di pensione (regime lavoratori subordinati)
☐ Titolare di pensione (regime lavoratori autonomi)

1.1 Cognome (1 bis)
.....

1.2 Nomi ..... Cognome da nubile (1 bis) ..... Luogo di nascita (1 ter) .....

1.3 Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (1 quater) .....

1.4 Stato civile ☐ celibe ☐ coniugato ☐ vedovo ☐ divorziato ☐ separato

1.5 Indirizzo nel paese di residenza dei familiari (2): .....
.....

2 Coniuge

2.1 Cognome (1 bis)
.....

2.2 Nomi ..... Cognome da nubile ..... Luogo di nascita (1 ter) .....

2.3 Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (1 quater) .....

2.4 Professione esercitata attualmente: .....

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

3 Familiari diversi dal coniuge

Cognome (1 bis)	Nomi	Data di nascita	Rapporti di parentela (3)	Luogo di residenza (4)	Professione
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

3.1 Osservazioni: .....

E 401

4 Informazioni ad uso esclusivo delle istituzioni danesi

4.1 Persona che esercita la patria potestà

.....

4.2 I fondi pubblici ☐ provvedono ☐ non provvedono
al mantenimento dei figli.

4.3 La madre o il padre dei figli ☐ è ☐ non è deceduta.
In caso affermativo: data di morte. .....

4.4 La madre o il padre dei figli ☐ beneficia ☐ non beneficia
di una pensione di vecchiaia o invalidità.

5 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.

5.1 Denominazione ed indirizzo dell'ufficio (2): .....

.....

5.2 Timbro

5.3 Data: .....

5.4 Firma

.....

6 Denominazione ed indirizzo dell'istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari

6.1 Denominazione: .....

6.2 Indirizzo (2): .....

.....

6.3 Riferimento della pratica n.: .....

E 401

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello utilizzando unicamente le linee apposite punteggiate. Esso deve essere compilato nella lingua dell'organismo designato al quadro 5. Esso è composto di 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila il formulario: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(1 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(1 ter) Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(1 quater) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

(3) Indicare il rapporto di parentela di ciascun familiare con il lavoratore mediante le seguenti abbreviazioni:
A = figlio legittimo. In Spagna, figlio nato dal matrimonio (matrimonial) e figlio nato fuori dal matrimonio (non matrimonial)
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. Anche i/le nipoti di zii fino al terzo grado, se l'istituzione competente è un 'istituzione greca.
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, divorziato o vedovo, lo si indichi al punto 3.1 «Osservazioni». Indicare anche se un figlio è orfano di padre o di madre, ad uso delle istituzioni greche.

(4) Qualora il recapito di uno dei figli non fosse quello indicato alla voce 2.5, indicarne l'indirizzo nel seguente quadro:

Cognome e nomi: .....
Indirizzo (2): .....
.....

(5) In Spagna, «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Direzione provinciale dell'istituto nazionale della sicurezza sociale) del luogo di residenza, oppure l'«Autoridad Municipal» (autorità comunale), secondo il caso.
In Francia, il municipio o la «Caisse d'allocations familiales» (cassa assegni familiari).
In Irlanda, il «Department of Social Welfare» (Ministero della previdenza sociale), Dublino.
In Portogallo, la «Junta de Freguesia» (Consiglio di parrocchia) del luogo di residenza dei familiari.
Nel Regno Unito, il «Department of Health and Social Security — Overseas Branch» (Ministero della sanità e dei servizi sociali — Servizio internazionale), Newcastle-upon-Tyne, o il «Ministry of Health and Social Services — Overseas Branch» (Ministero della sanità e dei servizi sociali — Servizio internazionale), Belfast, secondo i casi.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

E 402 ☐ (1)

CERTIFICATO DI PROSEGUIMENTO DEGLI STUDI PER LA CONCESSIONE DELLE PRESTAZIONI FAMILIARI

Reg. 1408/71: art. 73.1; art. 74.1; art. 77; art. 78
Reg. 574/72: art. 86; art. 88; art. 90; art. 91; art. 92

A. Domanda di attestato

Da compilarsi da parte dell'istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari; se è destinato ad una istituzione belga, si alleghi un formulario «E 402 allegato».

1 Persona che fa richiesta di prestazioni familiari

☐ Lavoratore subordinato
☐ Orfano
☐ Persona che fa richiesta di prestazioni familiari ad altro titolo
☐ Titolare di pensione (regime lavoratori subordinati)
☐ Titolare di pensione (regime lavoratori autonomi)

1.1 Cognome (1 bis)
.....

1.2 Nomi ..... Cognome da nubile (1 bis) ..... Luogo di nascita (1 ter) .....

1.3 Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (1 quater) .....

1.4 Indirizzo (2): .....
.....

2 Dati concernenti l'allievo o lo studente

2.1 Cognome (1 bis)
.....

2.2 Nomi ..... Cognome da nubile .....

2.3 Luogo di nascita (1 ter) ..... Data di nascita ..... Sesso .....

2.4 Indirizzo (2): .....
.....

3 Istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari

3.1 Denominazione: .....
3.2 Indirizzo (2): .....
.....
3.3 Riferimento della pratica, n. .....
3.4 Timbro

3.5 Data: .....
3.6 Firma
.....

E 402

B. Attestato

Da copilarsi da parte dell'istituto (scuola o istituto d'insegnamento superiore o universitario) ed inviare all'istituzione menzionata al quadro 3.

4

4.1 La persona di cui al quadro 2 frequenta il seguente istituto di istruzione
a decorrere dal .....

4.2 Tipo di scuola (3): .....

4.3 Si presume che gli studi presso detto istituto si protrarranno fino
al .....

4.4 L'insegnamento comporta ..... ore di corso settimanali.
Tali ore sono ripartite in ..... mezze giornate (4).

5 Scuola o istituto di istruzione superiore o universitario

5.1 Denominazione: .....

5.2 Indirizzo (2): .....
.....

5.3 Timbro

5.4 Data: .....

5.5 Firma
.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate e nella lingua dell'istituto di cui al quadro 5

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A del formulario: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(1 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(1 ter) Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(1 quater) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

(3) Indicare se si tratta di una scuola pubblica, privata o comunque sotto il controllo dello Stato. Da compilare esclusivamente quando l'istituzione di cui al quadro 3 è un'istituzione del Regno Unito.

(4) Da compilare se il formulario è destinato ad una istituzione belga, indicando il numero delle mezze giornate qualora trattasi di istruzione scolastica elementare o media.

Istruzioni e nota a pagina 2 del formulario E 402

E 402 Allegato ☐ (1)

Da compilare se la richiesta di prestazioni familiari deve essere presentata ad un'istituzione belga.

1 Insegnamento impartito nell'istituto (che non sia di istruzione superiore od universitaria)

1.1 Su quante mezze giornate settimanali sono suddivisi i corsi?
mezze giornate ..... ore .....

1.2 I corsi ☐ sono impartiti ☐ non sono impartiti prima delle ore 19.

1.3 L'allievo ☐ segue regolarmente ☐ non segue regolarmente i corsi.
In caso negativo, si indichi il numero di giorni di assenza ed il motivo:
.....

1.4 I corsi summenzionati al punto 1.1
(a) ☐ includono ☐ non includono
le ore di tirocinio richieste per conseguire un diploma ufficiale.
In caso affermativo, indicare le retribuzioni o le indennità mensili nette percepite: .....
(b) ☐ includono ☐ non includono
il tempo dedicato allo studio nell'istituto.
In caso affermativo, si indichi il numero di ore settimanali: .....
(c) ☐ 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:
☐ Formazione generale ☐ Insegnamento tecnico ☐ Insegnamento artistico

1.6 Il programma d'insegnamento
☐ è ☐ non è riconosciuto dallo Stato
☐ 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 .....

2 Dati relativi all'insegnamento impartito nell'istituto di istruzione superiore od universitario

2.1 ☐ Si tratta ☐ Non si tratta di un programma di studi a tempo pieno.
☐ Si tratta ☐ Non si tratta di un programma che comprende almeno 13 ore di corsi alla settimana stabilito dallo studente previa autorizzazione dell'autorità accademica o scolastica.

2.2 I corsi ☐ si svolgono ☐ non si svolgono prima delle ore 19.

2.3 I corsi di cui alla voce 2.1
☐ comprendono ☐ non comprendono
le ore di tirocinio richieste per conseguire un titolo accademico o un diploma.
In caso affermativo, indicare le retribuzioni o le indennità mensili nette percepite: .....

2.4 Lo studente ☐ prepara ☐ non prepara una tesi.
In caso affermativo, si indichi:
— da quando: .....
— quando dovrà presentare la tesi di cui sopra: .....

2.5 Il programma
☐ è ☐ non è autorizzato dallo Stato
☐ corrisponde ☐ non corrisponde ad un programma autorizzato dallo Stato.

2.6 Indicare i periodi di vacanza
— Vacanze di Natale: dal ..... al .....
— Vacanze di Pasqua: dal ..... al .....
— Vacanze estive: dal ..... al .....

E 402 Allegato

3	Scuola o istituto di istruzione superiore od universitaria

3.1 Denominazione: .....

.....

3.2 Indirizzo (2): .....

.....

3.3 Timbro

3.4 Data: .....

3.5 Firma

.....

(2)

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

E 403 ☐ (1)

CERTIFICATO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE PER LA CONCESSIONE DELLE PRESTAZIONI FAMILIARI

Reg. 1408/71: art. 73.1; art. 74.1; art. 77; art. 78
Reg. 574/72: art. 86; art. 88; art. 90; art. 91; art. 92

A. Domanda di attestato

Da compilarsi da parte dell'istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari.

1 Persona che fa richiesta di prestazioni familiari

☐ Lavoratore subordinato
☐ Orfano
☐ Persona che fa richiesta di prestazioni familiari ad altro titolo
☐ Titolare di pensione (regime lavoratori subordinati)
☐ Titolare di pensione (regime lavoratori autonomi)

1.1 Cognome (1 bis)
.....

1.2 Nomi ..... Cognome da nubile (1 bis) ..... Luogo di nascita (1 ter) .....

1.3 Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (1 quater) .....

1.4 Indirizzo nel paese di residenza dell'apprendista (2): .....
.....

2 Apprendista

2.1 Cognome (1 bis)
.....

2.2 Nomi ..... Cognome da nubile .....

2.3 Luogo di nascita (1 ter) ..... Data di nascita ..... Sesso .....

2.4 Indirizzo (2): .....
.....

3 Istituto competente per la concessione delle prestazioni familiari

3.1 Denominazione: .....
3.2 Indirizzo (2): .....
.....
3.3 Timbro

3.4 Data: .....
3.5 Firma
.....

E 403

B. Attestato

Da compilarsi da parte dell'imprenditore o dell'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 stato affidato
dal .....
per essere formato nella professione di .....

4.2 L'addestramento professionale di: ☐ ..... giorni settimanali ☐ ..... ore settimanali
si protrarrà fino al: .....

4.3 L'apprendista

☐ riceve

☐ un'indennità di addestramento o un salario ☐ netto ☐ lordo pari a:
☐ settimanale ☐ mensile .....

☐ altre prestazioni (3)

☐ alloggio ☐ pensione completa ☐ mezza pensione

☐ mance ☐ ..... pasti al giorno ☐ altre (4)

dal ..... al ..... pari a: .....

☐ non riceve

☐ un'indennità di addestramento o un salario ☐ altre prestazioni

4.4 Luogo in cui lavora: .....

4.5 Nome della persona, dell'impresa o dell'istituto incaricato dell'addestramento:
.....

4.6 Indirizzo (2): .....
.....

4.7 Timbro

4.8 Data: .....

4.9 Firma
.....

5 Visto dell'organismo incaricato del controllo dell'addestramento (5)

5.1 Denominazione: .....

5.2 Indirizzo (2): .....
.....

5.3 Timbro

5.4 Data: .....

5.5 Firma
.....

E 403

AVVERTENZE

Il presente formulario deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso comporta 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione. Il modulo deve essere compilato nella lingua dell'organismo indicato al quadro 5

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A del formulario: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(1 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(1 ter) Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(1 quater) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

(3) Se il formulario è destinato ad un istituzione del Regno Unito suddividere l'importo delle seguenti prestazioni:

Alloggio:	.....	Altre prestazioni:	.....
Pensione completa:	.....		
Mezza pensione:	.....		
Mance:	.....		
Pasti:	.....		

(4) Eventualmente precisare quali sono le suddette «altre prestazioni» nel quadro seguente:

.....

.....

.....

.....

(5) IL presente quadro va compilato:
in Irlanda, dal «Department of Social Welfare» (Ministero della previdenza sociale) Dublino, qualora non spetti all'«Industrial Training Authority».
in Italia, dall'Ufficio provinciale del lavoro e della massima occupazione;
nel Regno Unito, dal «Department of Health and Social Security, Overseas Group» (Ministero della sanità e della sicurezza sociale, Servizio internazionale). Newcastle-upon-Tyne, oppure dal «Ministry of Health and Social Services, Overseas Branch» (Ministero della sanità e della sicurezza sociale, Servizio internazionale), Belfast, secondo i casi.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

E 404 [ ] (1)

CERTIFICATO MEDICO PER LA CONCESSIONE DELLE PRESTAZIONI FAMILIARI

Reg. 1408/71: art. 73.1 e 3; art. 74.1; art. 77; art. 78
Reg. 574/72: art. 86; art. 88; art. 90; art. 91; art. 92

A. Domanda

Da compilarsi da parte dell'istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari

1 Persona che fa richiesta di prestazioni familiari

- ☐ Lavoratore subordinato
- ☐ Orfano
- ☐ Persona che fa richiesta di prestazioni familiari ad altro titolo
- ☐ Titolare di pensione (regime lavoratori subordinati)
- ☐ Titolare di pensione (regime lavoratori autonomi)

1.1 Cognome (1 bis)
.....

1.2 Nomi ..... Cognome da nubile (1 bis) ..... Luogo di nascita (1 ter) .....

1.3 Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (1 quater) .....

1.4 Indirizzo (2): .....
.....

2 Persona per la quale si rilascia il certificato medico

2.1 Cognome (1 bis)
.....

2.2 Nomi ..... Cognome da nubile .....

2.3 Luogo di nascita (1 ter) ..... Data di nascita ..... Sesso .....

2.4 Indirizzo (2): .....
.....

3 Istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari

3.1 Denominazione: .....

3.2 Indirizzo (2): .....
.....

3.3 Timbro

3.4 Data: .....

3.5 Firma
.....

E 404

B. Certificato

Da compilarsi da parte del medico incaricato dall'organismo di collegamento del paese di residenza [3] *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

☐ sono ☐ non sono diminuite.

In caso affermativo, si indichi la percentuale della diminuzione: ..... %

b) La suddetta persona ☐ è in grado di guadagnarsi la vita

☐ non è in grado di guadagnarsi in vita in seguito a difetto fisico o psichico.

c) La persona esaminata ☐ è ☐ non è casalinga

In caso affermativo, ☐ 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 ☐ è ☐ non è necessario

b) In caso affermativo, data dell'esame: .....

5

5.1 Cognome e nome del medico: .....

5.2 Indirizzo [2]: .....

.....

5.3 Data: .....

5.2 Firma

.....

E 404

AVVERTENZE

Il presente formulario deve compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate, nella lingua del medico che redige il certificato. Esso è composto di 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A del formulario: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(1 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(1 ter) Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(1 quater) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

(3) Oppure dal medico della Cassa designata dall'organismo di collegamento.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

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. 10bis; art. 85.2 e 3

Il presente attestato è rilasciato a richiesta dell'assicurato. L'istituzione competente, se del caso, si rivolge per ottenerlo all'istituzione presso la quale l'assicurato era iscritto da ultimo.

A. Da compilarsi da parte dell'istituzione competente per la concessione delle prestazioni o assegni familiari, dalla quale dipende l'assicurato

1 ☐ Lavoratore subordinato ☐ Lavoratore autonomo ☐ Disoccupato

1.1 Cognome (1 bis)
.....

1.2 Nomi ..... Cognome da nubile (1 bis) ..... Luogo di nascita (1 ter) .....

1.3 Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (1 quater) .....

1.4 Stato civile ☐ celibe ☐ coniugato ☐ vedovo ☐ divorziato ☐ separato

1.5 Indirizzo (2):
.....

2 Persona che deve ricevere le prestazioni o assegni familiari

2.1 Cognome (1 bis)
.....

2.2 Nomi ..... Cognome da nubile ..... Luogo di nascita (1 ter) .....

2.3 Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (1 quater) .....

2.4 Indirizzo (2):
.....

3 Istituzione da cui dipendeva l'assicurato in precedenza per un'attività subordinata o autonoma

3.1 Denominazione: .....

3.2 Indirizzo (2):
.....

4 Istituzione del luogo di residenza dei familiari

4.1 Denominazione: .....

4.2 Indirizzo (2):
.....

5 Istituzione da cui dipende attualmente l'assicurato

5.1 Denominazione: .....

5.2 Indirizzo (2):
.....

5.3 Riferimento della pratica n.: .....

5.4 Timbro

5.5 Data: .....

5.6 Firma
.....

B. Da compilarsi da parte dell'istituzione competente per la concessione delle prestazioni o assegni familiari da cui dipendeva l'assicurato in precedenza

6

6.1 Si certifica che la persona di cui al quadro 1

6.2 è stato assicurato dal ..... al ..... (3) .....

6.3 in (4) .....

6.4 ☐ 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 l'assicurato in precedenza per una attività subordinata o autonoma

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, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate.

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A del formulario: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(1 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(1 ter) Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(1 quater) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

(3) a) Per le istituzioni greche, indicare il numero di giornate di lavoro maturate nell'anno civile che precede l'anno in cui sono chieste le prestazioni o gli assegni familiari.
b) Per le istituzioni belghe, indicare il numero di giornate di lavoro subordinato e autonomo nel quadro in appresso:

n. di giornate di lavoro subordinato:	.....
n. di giornate di lavoro autonomo:	.....

(4) Stato nel quale il lavoratore ha svolto l'attività in questione.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

E 406 **F** (1)

DOMANDA DI ASSEGNI FAMILIARI PER UN LAVORATORE SUBORDINATO SOGGETTO ALLA LEGISLAZIONE FRANCESE, LA CUI FAMIGLIA RISIEDE IN UNO STATO MEMBRO DIVERSO DALLA FRANCIA

Reg. 1408/71: art. 73.2; art. 74.2; 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 Grecia o in Italia (2)), va trasmessa dal lavoratore subordinato direttamente all'istituzione francese per gli assegni familiari, dalla quale dipende per la sua attività.

1 ☐ Lavoratore subordinato ☐ Lavoratore subordinato disoccupato

1.1 Cognome (2 bis)
.....

1.2 Nomi ..... Cognome da nubile (2 bis) ..... Luogo di nascita (2 ter) .....

1.3 Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (2 quater) .....

1.4 Indirizzo in Francia (3):
.....

1.5 Attività professionale (4):
.....

1.6 Data di entrata in Francia:
.....

2 Persona che deve riscuotere gli assegni familiari

Dichiaro che la persona sottoindicata provvede al mantenimento dei miei familiari e chiedo che alla medesima siano corrisposti gli assegni familiari.

2.1 Cognome (2 bis)
.....

2.2 Nomi ..... Cognome da nubile ..... Luogo di nascita (2 ter) .....

2.3 Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (2 quater) .....

2.4 Rapporto di parentela con il lavoratore subordinato:
.....

2.5 Denominazione se si tratta di persona giuridica:
.....

2.6 Indirizzo (3):
.....

2.7 Data: .....

2.8 Firma
.....

2.9 Denominazione ed indirizzo dell'istituzione che deve erogare gli assegni familiari alla famiglia nel luogo in cui essa risiede (3):
.....

E 406 F

3 Familiari a carico

3.1 Cognome (2 bis)	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) (5)	.....	.....
2)	.....	.....
3)	.....	.....
4)	.....	.....
5)	.....	.....
6)	.....	.....
7)	.....	.....
8)	.....	.....
9)	.....	.....

3.7 Dichiaro che i familiari sopraindicati sono a mio carico e non hanno diritto ad assegni familiari dovuti per un'attività professionale in forza della legislazione del paese in cui risiedono.

3.8 Data: .....

3.9 Firma

.....

4 (6) Eventuale reddito dei familiari (natura ed importo mensile, incluse le prestazioni sociali)

N. d'ordine (5)	Familiari	Natura del reddito	Importo
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

5

5.1 Ove abbiate espletato un'attività dipendente in un altro Stato membro durante il mese del vostro arrivo 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 ([3]) 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 ([7]): .....

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

.....

6.4 Inizio dell'attività: .....

6.5 Il lavoratore subordinato ☐ è ☐ non è titolare di un contratto di lavoro stagionale.

6.6 In caso affermativo, durata del contratto: .....

6.7 Data: .....

6.8 Firma

.....

AVVERTENZE

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

Istruzioni per l'assicurato subordinato

Il lavoratore soggetto alla legislazione francese ed il lavoratore subordinato 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]) Sigla del paese alla cui legislazione è soggetto il lavoratore: F = Francia.

([2]) Per le istituzioni greche e italiane si alleghi all'E 407 copia dell'E 406.

([2 bis]) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

([2 ter]) Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

([2 quater]) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

([3]) Via, numero, codice postale, località, paese.

([4]) Per le istituzioni italiane, indicare se trattasi di operai o impiegati.

([5]) Indicare accanto a ciascuno di questi numeri d'ordine i dati relativi alla persona che corrisponde allo stesso numero d'ordine di cui al punto 3.1. Ad uso delle istituzioni greche, se si tratta di nipoti di nonni, fratelli/sorelle e nipoti di zii fino al terzo grado, indicare anche, al punto 3.6, se sono orfani di padre o di madre.

([6]) Da compilare unicamente se i familiari risiedono in Italia.

([7]) 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 della attività artigianali e agricole.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

E 407 **F** (1)

ATTESTATO DEI PERODI DI OCCUPAZIONE O DI DISOCCUPAZIONE INDENNIZZATI IN FRANCIA PER LA CONCESSIONE DEGLI ASSEGNI FAMILIARI AI FAMILIARI DI UN LAVORATORE SUBORDINATO O DI UN LAVORATORE SUBORDINATO DISOCCUPATO, CHE RISIEDONO IN UNO STATO MEMBRO DIVERSO DALLA FRANCIA

Reg. 1408/71: art. 73.2; art. 74.2
Reg. 574/72: art. 87.1, 2, 3, 4 e 5; art. 89.1

Il presente attestato è rilasciato dall'istituzione francese competente per gli assegni familiari al lavoratore subordinato, o al lavoratore subordinato 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. Ove i familiari risiedano in Irlanda o nel Regno Unito, si invii direttamente l'attestato all'istituzione di questi paesi competente per il luogo di residenza dei familiari. Con 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 ☐ Lavoratore subordinato ☐ Lavoratore subordinato disoccupato N. d'identificazione: .....
☐ Lavoratore subordinato stagionale

1.1 Cognome (1 bis)
.....

1.2 Nomi ..... Cognome da nubile (1 bis) ..... Luogo di nascita (1 ter) .....

1.3 Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (1 quater) .....

1.4 Indirizzo (2): .....
.....

2 Persona fisica o giuridica che deve riscuotere gli assegni familiari

2.1 Cognome (1 bis) o denominazione
.....

2.2 Nomi ..... Sesso ..... Cognome da nubile .....

2.3 Indirizzo (2): .....
.....

3 Istituzione del luogo di residenza della famiglia Numero di matricola .....

3.1 Denominazione: .....

3.2 Indirizzo (2): .....
.....

4 Attestato dei diritti

La persona di cui al quadro 1

4.1 ☐ soddisfa, in Francia, alle condizioni di occupazione che le consentono di beneficiare della totalità degli assegni familiari mensili, salvo successivo annullamento, per i mesi di
....

4.2 ☐ ha espletato, in Francia, un'attività subordinata che le 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 ☐ è titolare in Francia di un contratto di lavoro stagionale valido dal ..... al .....
che le 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 ☐ ha beneficiato, nel corso del periodo dal ..... al .....
delle prestazioni di disoccupazione previste dalla legislazione francese, per ..... giorni.

E 407 **F**

5	Istituzione francese competente in materia di assegni familiari

5.1 Denominazione: .....

5.2 Indirizzo (2): .....

.....

5.3 Timbro

5.4 Data: .....

5.5 Firma

.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Ad uso delle istituzioni greche e italiane, è necessario allegare un esemplare del formulario E 406

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila il formulario: F = Francia.

(1 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(1 ter) Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(1 quater) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

E 408 ☐ (1)

DOMANDA DI INFORMAZIONI

Reg. 1408/71: art. 73.2; art. 74.2
Reg. 574/72: art. 87.1; art. 87.6, 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 subordinato.

A. Da compilarsi da parte dell'istituzione del luogo di residenza dei familiari

1 ☐ Lavoratore subordinato ☐ Lavoratore subordinato stagionale ☐ Lavoratore subordinato disoccupato

1.1 Cognome (1 bis)
.....

1.2 Nomi ..... Cognome da nubile (1 bis) ..... Luogo di nascita (1 ter) .....

1.3 Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (1 quater) .....

1.4 Indirizzo (2): .....
.....

2 Datore di lavoro

2.1 Nome e ragione sociale: .....
2.2 Indirizzo (2): .....
.....

3 Persona che deve riscuotere gli assegni familiari nel paese di residenza

3.1 Cognome (1 bis)
.....

3.2 Nomi ..... Sesso .....

3.3 Indirizzo (2): .....
.....

4 Richiesta di informazioni

4.1 Attestato dei periodi di occupazione effettuati (art. 87.1 del Reg. 574/72):
dal ..... al .....
.....
.....

4.2 Altre informazioni relative al diritto agli assegni del lavoratore (art. 87.6 del Reg. 574/72)
.....
.....

5 Istituzione del luogo di residenza dei familiari

5.1 Denominazione: .....
5.2 Indirizzo (2): .....
.....

5.3 Timbro

5.4 Data: .....
5.5 Firma
.....

B. Da compilarsi da parte dell'istituzione francese competente

6	Informazioni richieste

6.1 ☐ Risposta al punto 4.1: Si veda l'allegato E 407

6.2 ☐ Risposta al punto 4.2: .....

.....

.....

.....

7	Istituzione francese competente

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, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A del formulario: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(1 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(1 ter) Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(1 quater) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

E 409 **F** (1)

CONTROLLO DELLA DICHIARAZIONE DI NON SUSSISTENZA DI DIRITTO AD ASSEGNI FAMILIARI PER UN'ATTIVITÀ ESPLETATA NEL PAESE DI RESIDENZA DELLA FAMIGLIA

Reg. 1408/71: art. 73.2; art. 74.2
Reg. 574/72: art. 87.1; art. 87.6, 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 compilarsi da parte dell'istituzione francese competente per gli assegni familiari

1 ☐ Lavoratore subordinato ☐ Lavoratore subordinato stagionale ☐ Lavoratore subordinato disoccupato

1.1 Cognome (1 bis) .....

1.2 Nomi ..... Cognome da nubile (1 bis) ..... Luogo di nascita (1 ter) .....

1.3 Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (1 quater) .....

1.4 Indirizzo in Francia (2): .....

.....

1.5 Riferimento: E 406 del .....

2 Richiesta di informazioni

2.1 ☐ Si verifichi quanto dichiarato al punto 3.7 dell'E 406 riguardo alla persona di cui al n. d'ordine .....

2.2 ☐ Si verifichi il formulario E 406 del ..... riguardo a: .....

.....

3 Istituzione francese

3.1 Denominazione: .....

3.2 Indirizzo (2): .....

.....

3.3 Timbro

3.4 Data: .....

3.5 Firma

.....

B. Da compilarsi da parte dell'istituzione competente per gli assegni familiari del luogo di residenza dei familiari

4 Informazioni richieste

4.1 ☐ Un diritto sussiste ☐ Nessun diritto sussiste a titolo di un'attività professionale nel paese di residenza dei familiari.

4.2 Sussiste un diritto per i seguenti familiari:

.....

.....

5	Istituzione del luogo di residenza dei familiari

5.1 Denominazione: .....

5.2 Indirizzo (2): .....

.....

5.3 Timbro

5.4 Data: .....

5.5 Firma

.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A del formulario: F = Francia.

(1 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(1 ter) Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(1 quater) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

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 6; 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 (2): .....

.....

1.3 Riferimento: E 407 del: .....

2 ☐ Lavoratore subordinato ☐ Lavoratore subordinato stagionale ☐ Lavoratore subordinato disoccupato

2.1 Cognome (2 bis)

.....

2.2 Nomi ..... Cognome da nubile (2 bis) ..... Luogo di nascita (2 ter) .....

2.3 Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (2 quater) .....

2.4 Indirizzo in Francia (2): .....

.....

3

3.1 La persona sopraindicata

3.2 ☐ non soddisfa alle condizioni relative all'attività professionale previste per beneficiare degli assegni familiari

nel corso del mese di ..... (art. 87.6 del Reg. 574/72)

3.3 ☐ ha cessato l'attività professionale dal ..... (3)

3.4 ☐ ha interrotto il contratto di lavoro stagionale

a decorrere dal ..... (art. 87.3 del Reg. 574/72)

3.5 ☐ ha trasferito la propria residenza in (4) .....

a decorrere dal ..... (art. 87.6 del Reg. 574/72)

4 Istituzione competente francese

4.1 Denominazione: .....

4.2 Indirizzo (2): .....

.....

4.3 Timbro

4.4 Data: .....

4.5 Firma

.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila il formulario: F = Francia.

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.

(2 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(2 ter) Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(2 quater) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(3) Da compilare se il formulario è destinato a un'istituzione greca o del Regno Unito.

(4) Indicare lo Stato.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

E 411 [ ] (1)

DOMANDA DI INFORMAZIONI RIGUARDANTI IL DIRITTO A PRESTAZIONI FAMILIARI (ASSEGNI FAMILIARI) NELLO STATO MEMBRO DI RESIDENZA DEI FAMILIARI

Reg. 1408/71: art. 76
Reg. 574/72: art. 10

A. Domanda di attestato

L'istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari nello Stato membro d'occupazione del lavoratore — che desidera sapere se nello Stato membro di residenza dei familiari sussiste il diritto alle prestazioni familiari — compila la parte A in duplice copia e la trasmette all'organismo di collegamento in materia di prestazioni familiari del paese di residenza dei familiari.

1 Lavoratore subordinato — Numero del fascicolo (2): .....

1.1 Cognome (2 bis)
.....

1.2 Nomi ..... Cognome da nubile (2 bis) ..... Luogo di nascita (2 ter) .....

1.3 Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza ..... D.N.I. (2 quater) .....

1.4 Indirizzo nel paese di residenza dei familiari (3)
.....
.....

2 Coniuge o altra persona di cui occorre verificare il diritto a prestazioni familiari nel paese di residenza dei familiari

2.1 Cognome (2 bis)
.....

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

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

2.4 Rapporto di parentela con i familiari indicati al quadro 3:
.....

2.5 Periodo per il quale è richiesta l'informazione: .....

3 Familiari

	Cognomi (2 bis)	Nomi	Data di nascita	Rapporto di parentela (4)	Luogo di residenza (5)
3.1	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
3.2	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
3.3	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....

4

4.1 Datore di lavoro: .....
4.2 Indirizzo (3): .....
.....
4.3 Attività autonoma: .....

5 Istituzione competente

5.1 Denominazione: .....

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

.....

5.3 Timbro

5.4 Data: .....

5.5 Firma

.....

B. Attestato

Da compilare a cura dell'istituzione competente del luogo di residenza dei familiari

6 Attestato dell'istituzione competente per le prestazioni familiari del luogo di residenza dei familiari

6.1 La persona indicata al quadro 2, per il periodo dal ..... al .....

☐ ha diritto alle prestazioni familiari per i seguenti familiari
(nomi e data di nascita)

.....

.....

.....

☐ non ha diritto alle prestazioni familiari, perché;

.....

6.2 La persona indicata al quadro 2, nel periodo dal ..... al .....

☐ ha esercitato un'attività professionale dal ..... al .....

☐ non ha esercitato un'attività professionale.

7 Istituzione del luogo di residenza dei familiari

7.1 Denominazione: .....

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

.....

7.3 Timbro

7.4 Data: .....

7.5 Firma

.....

E 411

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello utilizzando unicamente le linee apposite punteggiate. Esso è composto di 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, 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; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.

(2) Riservato all'istituzione emittente.

(2 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (prenomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.

(2 ter) Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.

(2 quater) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».

(3) Via, numero, codice postale, località, paese.

(4) Indicare il rapporto di parentela di ciascun familiare con il lavoratore mediante le seguenti abbreviazioni:
A = figlio legittimo. In Spagna, figlio nato dal matrimonio (matrimonial) e figlio nato fuori dal matrimonio (non matrimonial)
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. Anche i/le nipoti di zii fino al terzo grado, se l'istituzione competente è un'istituzione greca.
G = altre persone che fanno parte del nucleo familiare allo stesso titolo dei figli del lavoratore (minori assistiti)
Gli altri rapporti di parentela (ad esempio: nonno) devono essere scritti per esteso.

(5) Qualora il recapito di uno dei figli non fosse quello indicato alla voce 2.3, indicarne l'indirizzo nel seguente quadro:

Cognome e nomi: .....
.....
Indirizzo (3): .....
.....