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. 112

del 28 febbraio 1980

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

(80/1011/CEE)

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

visto l'articolo 81, capoverso a), del regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio, del 14 giugno 1971, che stabilisce le modalità di applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori dipendenti ed ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, in forza del quale essa è incaricata di regolare 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, che fissa le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, in forza del quale essa stabilisce i modelli dei certificati, attestati, dichiarazioni, domande ed altri documenti necessari all'applicazione dei regolamenti,

viste le decisioni 72, 88, 107 e 108 che fissano i modelli dei formulari necessari all'applicazione dei regolamenti (CEE) nn. 1408/71 e 574/72 del Consiglio,

considerando che varie modifiche sono già state adottate e che altre si rendono necessarie per semplificare la forma e l'uso dei formulari, per armonizzarne gli elementi comuni ed inoltre per maggior economia sia di formato sia di gestione delle riserve ;

considerando auspicabile ed opportuna tanto la creazione di tre nuovi formulari quanto la pubblicazione dei loro modelli,

DECIDE :

1. I modelli dei formulari di cui alle decisioni 88, 107 e 108 sono sostituiti dai modelli allegati.

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

3. La determinazione della lingua di emissione dei formulari sarà oggetto di una raccomandazione della Commissione amministrativa.

4. La presente decisione è applicabile a decorrere dal primo giorno del mese successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta ufficiale delle Comunità europee;* tuttavia, i formulari del modello pubblicato nelle decisioni 88, 107 e 108 potranno essere utilizzati fino ad esaurimento delle scorte.

Il Presidente
della Commissione amministrativa

S. BOVA

Lista dei formulari

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

E 101 — Certificato relativo alla legislazione applicabile

E 102 — Proroga del distacco

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 da prendere in considerazione per il calcolo delle prestazioni in denaro in caso di inabilità al lavoro

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

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

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

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

E 110 — Attestato per lavoratori addetti ai trasporti internazionali

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

E 124 — Domanda di assegno di morte

E 125 — Conto individuale delle spese effettive

E 126 — Tariffe per il rimborso delle prestazioni in natura

E 127 — Segnalazione di 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 di residenza in Danimarca
— Attestato concernente la carriera assicurativa in Germania
— 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 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

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 pendere in considerazione per la concessione delle prestazioni di disoccupazione

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

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

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

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

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

E 404 — Certificato medico per la concessione delle prestazioni familiari

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

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

E 407 — Attestato dei periodi di occupazione o di disoccupazione indennizzati in Francia per la concessione degli assegni familiari ai familiari di un lavoratore o di un 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 a titolo di 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 figli

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**
☐ **un frontaliero**
☐ **un titolare di 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'informazioni 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): .....

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 ..... Nomi ..... Cognome di nascita .....

8.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Nazionalità .....

8.3 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: .....

12.2 Indirizzo (2): .....

.....

12.3 Timbro

12.4 Data: .....

12.5 Firma

.....

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: .....

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 suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione : B = Belgio ; DK = Danimarca ; D = Germania ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; 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.

(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 francesi che non sono nati sul territorio metropolitano francese.

(9) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.

(10) Il giorno, 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).

(12) 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).

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

(14) Compilare se del caso.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

E 101 [ ] (1)

CERTIFICATO RELATIVO ALLA LEGISLAZIONE APPLICABILE

Reg. 1408/71 : artt. 14.1.a.i ; 14.1.c ; 14.2.a ; 17
Reg. 574/72 : artt. 11.1 ; 12 bis

1 Lavoratore

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

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

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

.....

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

2 Datore di lavoro

2.1 Nome o ragione sociale: .....

2.2 Indirizzo (2): .....

.....

3 Il lavoratore predetto

3.1 [ ] è distaccato per un periodo che va, presumibilmente,
dal ..... al .....

3.2 [ ] è occupato 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.i [ ] 14.1.c [ ] 14.2.a [ ] 17 del reg. n. 1408/71

4.2 [ ] dal ..... al .....

4.3 [ ] per la durata dell'occupazione

(vedi lettera dell'autorità competente dello Stato membro o dell'organismo designato da detta autorità la cui legislazione è applicabile,
datata ....., rif. .....)

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

5.1 Denominazione: .....

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 **ottenerne 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 ;*

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

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

nel **Lussemburgo,** *all'Association d'assurance contre le accidents ;*

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

NOTE

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

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

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

E 102 [ ] (1)

PROROGA DEL DISTACCO

Reg. 1408/71 : art. 14.1.a.ii ; art. 14.2.a
Reg. 574/72 : art. 11.2

A. Da compilare dal datore di lavoro

1 Istituzione destinataria (2)

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

2 Lavoratore

2.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....
2.2 Data di nascita: ..... Cittadinanza: .....
2.3 Indirizzo abituale (3): .....
.....
2.4 N. d'identificazione: .....

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

3.1 [ ] 14.1.a.i [ ] 14.2.a
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 Il sottoscritto chiede, per il citato lavoratore, la prosecuzione dell'assoggettamento alla legislazione del paese [ ] (1)
5.1 per il periodo dal ..... al ..... (4)

6 Datore di lavoro

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

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

B. Da compilare dall'autorità competente o dall'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: .....

8.2 Indirizzo (3): .....

.....

8.3 Timbro

8.4 Data: .....

8.5 Firma

.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello (in quattro esemplari), utilizzando unicamente le linee apposite punteggiate

Avvertenze per il datore di lavoro

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

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

per la **Danimarca,** *al « Sikringsstyrelsen » (Istituto nazionale per la 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 **Francia,** *alla « Direction régionale de la sécurité sociale » (Direzione regionale della sicurezza sociale) ;*

per l' **Irlanda,** *al « Department 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 » (Ministero del Lavoro e della sicurezza sociale), Lussemburgo ;*

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

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

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese ove ha sede l'impresa : B = Belgio; DK = Danimarca ; D = Germania ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi : GB = Regno Unito.
(2) Da indirizzare come indicato alla lettera a) delle « Avvertenze per il datore di lavoro ».
(3) Via, numero, codice postale, località, paese.
(4) Questo periodo non può andare oltre il 24° mese a decorrere dalla data d'inizio del distacco.
(5) Due copie dello stampato devono essere restituite al richiedente, una copia va inviata all'istituzione designata nel paese ove ha sede l'impresa.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

E 103 ☐ (1)

ESERCIZIO DEL DIRITTO DI OPZIONE

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

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

A. Opzione

1 Il sottoscritto

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

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

1.3 Indirizzo (2): .....

.....

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

2 occupato dal .....

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

.....

2.2 (3) ☐ in qualità di (4) .....

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

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

2.3 (3) ☐ come agente ausiliario presso le Comunità europee

3 dichiara di optare per la legislazione di sicurezza sociale

3.1 (6) ☐ dello Stato membro di cui è cittadino

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

(6) ☐ belga ☐ danese ☐ tedesca ☐ francese ☐ irlandese

(6) ☐ italiana ☐ lussemburghese ☐ olandese ☐ 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

.....

B. Attestato

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

(6) ☐ belga ☐ danese ☐ tedesca ☐ francese ☐ irlandese

(6) ☐ italiana ☐ lussemburghese ☐ olandese ☐ 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

.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello (in tre esemplari), utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate

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 **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 dell'INAM ;*

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 **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.*

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

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

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

NOTE

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

(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 2

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 redige la parte B dello stampato e lo restituisce all'istituzione che glielo aveva inviato. Qualora lo stampato in argomento sia stato richiesto dall'interessato, l'istituzione tenuta a rilasciarlo compila la parte B del modulo e lo consegna o lo trasmette all'interessato medesimo.

Parte A

1 Istituzione

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

2 Assicurato

2.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile ..... Data di nascita .....
2.2 N. d'identificazione: .....
2.3 A decorrere dalla data indicata al punto 3.1 l'assicurato è stato occupato presso i seguenti datori di lavoro in (3): .....
2.4 Ultimo datore di lavoro (nome o ragione sociale): .....
.....
Indirizzo (2): .....
.....
2.5 Datori di lavoro precedenti (4) (nome o ragione sociale ed 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: .....
4.2 Indirizzo (2): .....
.....
4.3 Timbro

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

E 104

Parte B

5 Assicurato ([6])

5.1	Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
	.....	.....	.....	.....
5.2	N. d'identificazione:			

6 La persona indicata ☐ al quadro 2 ☐ al quadro 5
ha compiuto ☐ nel corso degli ultimi 2 anni ([7])
☐ nel corso degli ultimi 3 anni ([8])
☐ dal .....

7 i seguenti periodi di assicurazione:

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

8 i seguenti periodi di residenza:

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

9 Istituzione che compila la parte B

9.1 Denominazione: .....
9.2 Indirizzo ([2]): .....
.....
9.3 Timbro

9.4 Data: .....
9.5 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 per prima lo stampato : B = Belgio ; DK = Danimarca ; D = Germania ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; GB = Regno Unito.

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

([3]) Indicare lo Stato membro.

([4]) *Compilare se possibile.*

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

([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 dell'assicurazione tubercolosi e se l'interessato non ha un anno di contribuzione negli ultimi due anni, è necessario indicare i periodi di assicurazione negli ultimi cinque anni.

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

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

([10]) Ove si tratti di un'istituzione competente irlandese, riportare una x nel quadratino sempreché il periodo di assicurazione o di residenza corrisponda ad un effettivo periodo di occupazione.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

E 105 [ ] (1)

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

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

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

1 Lavoratore

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

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

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

2 Familiari del lavoratore suindicato

	Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita	Rapporto 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 dobbiate fruire di prestazioni in denaro per inabilità al lavoro in Belgio, Germania, Francia, Irlanda o Regno Unito, la cui legislazione prevede che l'importo di dette prestazioni sia variabile in relazione ai familiari, dovete produrre il presente attestato all'organismo assicuratore presso il quale siete iscritto.*

b) *L'attestato è valido per un periodo di 12 mesi a decorrere dalla data del suo rilascio (vedi punto 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 intervenuta 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; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; GB = Regno Unito.

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

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

E 106 ☐ (1)

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

Lavoratori e familiari con loro residenti – Familiari di disoccupati

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

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

A. Notifica del diritto

1 Istituzione del luogo di residenza (2)

1.1 Denominazione: .....
1.2 Indirizzo (3): .....
.....
1.3 Riferimento al vostro modulo E 107 del .....

2 ☐ Lavoratore ☐ Lavoratore frontaliero ☐ Disoccupato

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

2.2 Indirizzo (3) nel paese di residenza: .....
.....
2.3 N. d'identificazione: .....

3 Familiare (4)

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

3.2 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 (6)
dal .....

6 Tale diritto si protrae

6.1 ☐ fino a quando non sia stato notificato l'annullamento del presente attestato
6.2 ☐ per sei mesi dal giorno del rilascio del presente attestato (7)

7 Istituzione competente (6)

7.1 Denominazione: .....
7.2 Indirizzo (3): .....
.....
7.3 Timbro

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

B. Notifica dell'iscrizione (8)

8

8.1 ☐ Il lavoratore indicato al quadro 2 con i familiari
8.2 ☐ I familiari del disoccupato indicato al quadro 2
8.3 ☐ sono stati iscritti presso la sottoscritta istituzione dal .....
8.4 ☐ non sono stati iscritti presso la sottoscritta istituzione per il seguente motivo:
.....

9 Familiari iscritti

	Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
9.1				
9.2	.....	.....	.....	.....
9.3	.....	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....
9.8	.....	.....	.....	.....
9.9	.....	.....	.....	.....

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

Avvertenze per l'assicurato

a) *Il presente stampato dà diritto a beneficiare delle prestazioni di malattia e maternità*
— *a voi ed ai vostri familiari,* **se siete occupato;**
— *unicamente ai vostri familiari che risiedono in uno Stato membro diverso da quello nel quale siete assicurato,* **se siete disoccupato.**

b) *Le due copie dello stampato in vostro possesso devono essere consegnate il più presto possibile : se siete occupato, da voi all'istituto di assicurazione malattia e maternità del luogo ove risiedete ; se siete disoccupato, dai vostri familiari all'istituto di assicurazione malattia e maternità del luogo ove i familiari stessi risiedono.*

c) *I citati istituti di assicurazione malattia e maternità sono :*
in **Belgio,** *l'organismo scelto (mutualité) ;*
in **Danimarca,** *al competente « amtskommune » (amministrazione comunale). Nel comune di Copenaghen : al « magistrat » e nel comune de Frederiksberg : alla « kommunalbestyrelse » ;*
in **Germania,** *all'« A.O.K. » (Cassa locale generale di malattia) ;*
in **Francia,** *alla « Caisse primaire d'assurance-maladie » (Cassa primaria di assicurazione malattia) ;*
in **Irlanda,** *all'« Health Board » (Ufficio sanitario) nella cui circoscrizione è richiesta l'assistenza ;*
in **Italia,** *alla sede provinciale dell'INAM ;*
in **Lussemburgo,** *alla « Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers » (Cassa nazionale di assicurazione malattia degli operai) ;*
nei **Paesi Bassi,** *all' « Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds » (ANOZ) (Cassa mutua generale di malattia dei Paesi Bassi), competente per il luogo di residenza ;*
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, lo stampato in argomento è valido dalla data indicata al punto 5 del presente stampato e per la durata segnalata al quadro 6 dello stesso, in corrispondenza del quadratino contrassegnato con una X.*

e) *Voi od i vostri familiari siete tenuti ad informare l'istituzione alla quale il formulario è stato presentato 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 ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; GB = Regno Unito.
(2) Da compilare solo qualora lo stampato sia emesso su richiesta dell'istituzione del paese di residenza.
(3) Via, numero, codice postale, località, paese.
(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) Il diritto alle prestazioni per malattia tubercolare per gli assicurati ad istituzioni italiane deve essere attestato dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS).
(7) Se lo stampato è emesso da una istituzione francese.
(8) Ove il presente formulario sia rilasciato per rinnovare un attestato emesso im precedenza, non occorre compilare la parte B.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

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. 20.3 e 4 ; art. 21.1 ; art. 22.1 e 3 ; art. 23 ; art. 27, prima frase ; art. 28 ; art. 29.2 ; art. 30.1 ; art. 31.1 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 — riempie la parte B e manda 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 compilare dall'istituzione di residenza o di dimora

1 Istituzione

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

2

☐ Lavoratore ☐ Titolare di pensione o rendita
☐ Disoccupato ☐ Richiedente la pensione o rendita

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

2.2 Indirizzo abituale: (2) .....
.....
2.3 N. d'identificazione: .....
2.4 ☐ titolare di ☐ richiedente la
pensione o rendita di
☐ vecchiaia ☐ invalidità ☐ superstiti
☐ infortunio sul lavoro ☐ malattia professionale
N. ..... (3) categoria: ..... (3)
2.5 Istituzione debitrice della pensione o rendita
.....

3 Ultimo datore di lavoro (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:
.....

4 Familiari (6)

4.1 Cognome	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 compilare dall'istituzione competente

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

11 Istituzione competente

11.1 Denominazione: .....

11.2 Indirizzo (2): .....
.....

.....

11.3 Timbro

11.4 Data: .....

11.5 Firma
.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, 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 ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; GB = Regno Unito.

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

(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 o ad un disoccupato.

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

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

(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.

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

A. Notifica

1 All'istituzione destinataria

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

2

☐ Lavoratore ☐ Lavoratore frontaliero ☐ Titolare di pensione o rendita
☐ Disoccupato ☐ Richiedente la pensione o rendita

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

2.2 Indirizzo nel paese di residenza (2): .....
.....
2.3 N. d'identificazione: .....

3 Familiare (3)

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

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

4 Il diritto attestato con il nostro
modulo ..... del .....
è stato sospeso / soppresso per il motivo seguente:

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

5 Istituzione competente

5.1 Denominazione: .....
5.2 Indirizzo (2): .....
.....
5.3 Timbro

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

B. Avviso di ricezione della notifica

6 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 ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; GB = Regno Unito.

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

(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.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

E 109 ☐ (1)

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

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

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

A. Notifica del diritto

1 All'istituzione del luogo di residenza (2)

1.1 Denominazione: .....
1.2 Indirizzo (3): .....
.....
1.3 Riferimento al vostro modulo E 107 del .....

2 ☐ Lavoratore ☐ Lavoratore stagionale

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

2.2 Indirizzo (3) .....
.....
2.3 N. d'identificazione: .....

3 Familiare (4)

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

3.2 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 sei mesi dal giorno del rilascio del presente attestato (6)
6.3 ☐ sino alla fine del lavoro stagionale prevista e cioè sino
al ....., a meno che, anteriormente, non sia stato notificato un annullamento

7 Istituzione competente

7.1 Denominazione: .....
7.2 Indirizzo (3): .....
.....
7.3 Timbro

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

B. Notifica dell'iscrizione (7)

8 ☐ (8)

8.1 I familiari 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 prestazioni in natura a norma di quanto previsto dalla legislazione di questo Stato
8.4 ☐ il coniuge o la persona che tiene i figli esercita un'attività professionale nel nostro paese (9)
8.5 ☐ non è stato presentato lo stato di famiglia richiesto
8.6 ☐ (10) .....

9 ☐ (8)

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

	Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
9.2				
9.3	.....	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....
9.8	.....	.....	.....	.....
9.9	.....	.....	.....	.....

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

.....

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

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 **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,** *alla sede provinciale dell'INAM ;*
in **Lussemburgo,** *alla « Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers » (Cassa nazionale di assicurazione malattia degli operai) ;*
nei **Paesi Bassi,** *ad una cassa malattia competente per il luogo di residenza.*

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

d) *Voi od i vostri familiari siete tenuti ad informare l'istituzione del luogo di residenza di qualsiasi cambiamento intervenuto nella vostra situazione che possa modificare il diritto alla 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 ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; 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.
(4) Da compilare in riferimento ad uno qualsiasi dei familiari.
(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) Ove il presente attestato sia già stato rilasciato per rinnovare l'attestato emesso in precedenza, di cui sia scaduta la validità, l'istituzione del luogo di residenza non è tenuta a compilare la parte B.
(8) Dei due quadri 8 e 9 compilare quello che interessa e riportare una X nel quadratino relativo al quadro stesso.
(9) Riportare, se del caso, una X nel quadratino precedente, qualora la parte B sia compilata da una istituzione irlandese, danese o del Regno Unito.
(10) Per il seguente motivo.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

E 110 [ ] (1)

ATTESTATO PER LAVORATORI ADDETTI AI TRASPORTI INTERNAZIONALI

Reg. 1408/71 : art. 14.1.b ; art. 22.1.a.i ; art. 22.3 ; art. 55.1.a.i
Reg. 574/72 : art. 20.1 ; 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 ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

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

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

.....

2 Familiari che accompagnano il capo famiglia

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

3 Istituzione competente per l'assicurazione

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

.....

.....

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

.....

.....

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

5 Datore di lavoro

5.1 Nome o ragione sociale: .....

5.2 Attività dell'impresa: .....

5.3 Indirizzo (2): .....

.....

5.4 Timbro

5.5 Data: .....

5.6 Firma del datore di lavoro o di un suo incaricato

.....

6 Organismo competente per l'assicurazione malattia e maternità (4) (5)

6.1 Denominazione: .....

6.2 Indirizzo (2): .....

.....

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

6.4 Data: .....

6.5 Firma del lavoratore

.....

6.6 Firma del datore di lavoro o di un suo incaricato

.....

B. Convalide successive (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 apposite linee punteggiate

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 elencati al quadro 2, di beneficiare delle prestazioni in natura nello Stato membro dove vi trovate nell'esercizio del vostro lavoro.

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

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

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

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

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

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

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

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

nel **Regno Unito,** *al servizio medico (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 del paese ove ha sede l'impresa : B = Belgio ; DK = Danimarca ; D = Germania ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; GB = Regno Unito.

(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 2

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 é 3

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

1.1 Numero d'identificazione: ..... Data di nascita: .....

2 Familiari (3)

2.1 Cognome	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 .....
3.2 (5) ☐ per i casi di malattia insorti
fino al ..... incluso
per ..... giorni ..... settimane

4 Istituzione competente

4.1 Denominazione: .....
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

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 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, il documento di cui trattasi deve essere presentato all'istituzione di assicurazione del paese di dimora, e cioè :*

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

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

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

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

c) *Il diritto alle prestazioni per malattia tubercolare per gli assicurati presso istituzioni italiane deve essere attestato dall'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS).*

NOTE

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

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

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze 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 ☐ Titolare di pensione o rendita

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

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

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

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

2 Familiare che si trasferisce

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

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

2.3 Indirizzo nel paese 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 nello Stato
..... ove si reca

3.1 ☐ per stabilire la propria residenza

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

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

4.1 sino al .....

5 Il rapporto del nostro medico di controllo

5.1 ☐ è allegato in busta chiusa

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

5.3 ☐ può essere richiesto alla sottoscritta istituzione

5.4 ☐ non è stato compilato

6 Istituzione competente

6.1 Denominazione: .....

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

6.3 Timbro

6.4 Data: .....

6.5 Firma
.....

E 112

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, 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, presentare il formulario all'istituzione sanitaria che le fornisce ;*

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

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

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

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

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

nei **Paesi Bassi,** *in caso di trasferimento di residenza, alla cassa di malattia competente per il luogo di residenza, e, in caso di soggiorno temporaneo all' « Allgemeen 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 ;*

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 ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; GB = Regno Unito.
(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 precisare, se del caso.
(6) Denominazione e indirizzo dell'istituzione alla quale è stato inviato il rapporto medico in parola.

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

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

1 All'istituzione competente

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (2): .....

.....

2

☐ Lavoratore ☐ Titolare di pensione o di rendita

☐ Disoccupato ☐ Richiedente di pensione o di rendita

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

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

.....

.....

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

3 Familiare ricoverato

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

3.2 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)

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

5.5 ☐ (8) 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

è terminata il .....

7 Istituzione del luogo di residenza o di dimora

7.1 Denominazione: .....

7.2 Indirizzo (2): .....

.....

7.3 Timbro

7.4 Data: .....

7.5 Firma

.....

E 113

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, 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 ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; GB = Regno Unito.

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

(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) 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. 31.a ; art. 52.a ; art. 55.1
Reg. 574/72 : art.17.7 ; art. 20.6 ; art. 21.2 ; art. 22.2 e 3 ; art. 23 ; art. 26.3 ; art. 27 ; art. 31.2 e 3 ; art. 60.6 ; art. 62.8 ; art. 63.2 e 3

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

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

2.2 Indirizzo nel paese ai residenza o di dimora (2):
.....
.....
2.3 N. d'identificazione: .....

3 Familiare in causa

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

3.2 Indirizzo nel paese di residenza o di dimora (2) (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: .....
.....
6 ☐ Si allega il rapporto del medico di controllo (6).
7 Le prestazioni citate al punto 5.2
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: .....

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 ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; 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) : .....

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

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

E 115 ☐ (1)

DOMANDA DI PRESTAZIONI IN DENARO PER INABILITÀ AL LAVORO

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

Se lo stampato si riferisce ad un lavoratore, deve esserne compilata una sola copia e trasmessa all'istituzione competente di assicurazione malattia e maternità o di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali. Se invece lo stampato stesso riguarda un disoccupato, oltre la copia predetta, se ne devono compilare altre due copie da indirizzare l'una all'istituzione di assicurazione disoccupazione competente, l'altra all'istituzione corrispondente del paese ove il disoccupato si trova in cerca di lavoro (vedi inoltre la nota 7).

1 All'istituzione competente

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (2): .....

.....

2 ☐ Lavoratore ☐ Disoccupato

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

2.2 Indirizzo nello Stato competente (2):

.....

.....

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

.....

.....

2.4 N. d'identificazione .....

2.5 Portatore del modulo E 119 rilasciato il ..... (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
☐ 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): .....

.....

12.3 Timbro

12.4 Data: .....

12.5 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 ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; GB = Regno Unito.

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

(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.

(6) O per infortunio extra lavoro.

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

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamento di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

E 116 ☐ (1)

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

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

Lo stampato è compilato dal medico dell'istituzione che redige il modulo E 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 ☐ Disoccupato

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

3.2 Indirizzo (2) nel paese di residenza o di dimora:
.....
.....
3.3 N. d'identificazione: .....

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
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, soprattutto 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

.....

AVVERTENZE

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

NOTE

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

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

(3) Compreso l'infortunio extra lavoro.

(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 la 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 [ ] Il lavoratore [ ] Il disoccupato

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

3.2 Indirizzo nel paese di residenza o di dimora (2):
.....
.....
3.3 N. d'identificazione: .....

4 [ ] 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 prestazioni saranno erogate (3)
5.1 [ ] da noi all'indirizzo di cui al punto 3.2, 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 3.2 (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 .....

8 Istituzione competente

8.1 Denominazione .....
8.2 Indirizzo (2): .....
.....
8.3 Timbro

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

E 117

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello 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 ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; GB = Regno Unito.

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

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

(4) Da compilarsi, se del caso, dalle istituzioni danesi.

(5) Da compilarsi 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.).

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 istituzione del paese ove il disoccupato si trova in cerca di lavoro.

1 ☐ Al lavoratore ☐ Al disoccupato

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

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

1.3 N. d'identificazione .....

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: .....

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 suddette, 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 ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; GB = Regno Unito.

(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.

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 produrre ricorso per iscritto datato e firmato, depositato o trasmesso per lettera raccomandata alla Cancelleria del Tribunale del Lavoro competente, entro il termine di un mese 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, produrre 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 produrre ricorso per iscritto, entro il termine di un mese a decorrere dal giorno della notifica, presso l'istituzione competente tedesca designata al quadro 2 o 4 del formulario E 118 oppure presso l'istituzione del luogo di dimora o di residenza designata nei medesimi riquadri.

4. 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 : .....

.....

5. 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.

6. ITALIA

Ricorsi INAM (Malattie)

Avverso le decisioni negative adottate dai competenti Organismi sanitari dell'INAM (Primo Medico di Sezione) in materia di carattere sanitario (esistenza dello stato di malattia, incapacità lavorativa, necessità obiettiva della prestazione, ecc.) gli assicurati possono produrre ricorso, **entro 5 giorni dalla data di comunicazione** del provvedimento, presentando apposita istanza al Collegio Medico Provinciale per il tramite della Sezione Territoriale INAM.

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

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

Qualora il Collegio Medico Provinciale confermi il giudizio medico-legale emesso dal Primo Medico di Sezione, gli interessati hanno facoltà di avanzare ricorso al Commissario liquidatore dell'INAM, per il tramite della Sede provinciale, entro il termine di un anno dalla data di comunicazione del provvedimento.

Al Commissario liquidatore vanno altresì presentati i ricorsi contro eventuali dinieghi di prestazioni conseguenti a mancata osservanza delle formalità previste dalla legislazione del paese di residenza.

Oltre al ricorso amministrativo, o in sostituzione, l'assicurato può adire la magistratura ordinaria entro un anno dal giorno in cui ritiene dovuta la prestazione in contestazione.

Ricorsi INPS (Tubercolosi)

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

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

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

Ricorsi INAIL (Infortuni e malattie professionali)

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

7. **LUSSEMBURGO**

Avverso la decisione in allegato, l'interessato può produrre ricorso, in 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.

8. **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.

9. **REGNO UNITO**

Avverso la decisione in allegato, l'interessato può produrre 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 2

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

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

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

2 Disoccupato

2.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile ..... Data di nascita .....
2.2 Indirizzo nel paese ove è in cerca di lavoro (3):
.....
.....
2.3 N. d'identificazione .....

3 Ultimo datore di lavoro

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

4 La persona sopraccitata ha diritto alle prestazioni di malattia e maternità
☐ in natura 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, 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

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: .....

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

Avvertenze per il disoccupato

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

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

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

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

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

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

Oltre il 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, 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 « Local agent of Department of Social Welfare » (Ufficio locale del Ministero della Previdenza sociale), Dublino ; potete anche inviare i suddetti formulari al Ministero stesso ;*
   - *secondo il caso, se vi trovate 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 ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; 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.

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

(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.

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 DI PENSIONE O RENDITA E PER I LORO FAMILIARI

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

L'istituzione competente compila la parte A del modulo 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 in argomento, riempie la parte B del modulo e trasmette un esemplare del modulo medesimo all'istituzione che figura al quadro 6. Se del caso, i due esemplari sono trasmessi dapprima all'istituzione che deve compilare i quadri 5 e 6.

A. Notifica del diritto

1 All'istituzione del luogo di residenza (2)

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (3): .....

.....

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

2 Richiedente la pensione o rendita

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

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

.....

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

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

3.1 La persona sopraindicata, in data .....
ha presentato domanda di pensione o rendita per

☐ 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 compilare da parte dell'istituzione alla quale è stata presentata la domanda di pensione o rendita, o dall'istituzione di assicurazione malattia e maternità del paese ove è stata presentata detta domanda
5.1	La persona indicata al quadro 2 ha diritto, per sé e per i suoi familiari, alle prestazioni in natura per malattia e maternità ([5])
5.2	a decorrere dal ..... e fino a quando sarà inviato l'annullamento del presente attestato

6	Istituzione che compila il quadro 5
6.1	Denominazione: .....
6.2	Indirizzo ([3]): .....
	.....
6.3	Timbro
6.4	Data: .....
6.5	Firma
	.....

B. Notifica della iscrizione o della non-iscrizione

7	([6]) ☐
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	([6]) ☐
8.1	La persona indicata al quadro 2 è stata iscritta presso la sottoscritta istituzione, unitamente ai seguenti familiari, in data
	.....

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

10	Istituzione del luogo di residenza
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 comporta 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione

Avvertenze per l'assicurato

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

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

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

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

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

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

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

NOTE

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

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

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

(6) Dei due riquadri 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 3

E 121 ☐ (1)

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

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

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

A. Notifica del diritto

1 All'istituzione del luogo di residenza (2)

1.1 Denominazione: .....
1.2 Indirizzo (3): .....
.....
1.3 Riferimento: vostro modulo E 107 del .....

2 Titolare di pensione o rendita

2.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile ..... Data di nascita .....
2.2 Indirizzo nel paese di residenza (3): .....
.....
2.3 Data dell'eventuale trasferimento: .....
2.4 N. d'identificazione: .....

3 Da compilare dall'istituzione debitrice della pensione o rendita

3.1 La persona soprannominata è titolare 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

4.1 Denominazione: .....
4.2 Indirizzo (3): .....
.....
4.3 Timbro
4.4 Data: .....
4.5 Firma
.....

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

5.1 La persona indicata al quadro 2, unitamente ai suoi familiari, ha diritto alle prestazioni in natura dell'assicurazione malattia e maternità a decorrere dal .....
5.2 L'onere di dette prestazioni, da concedere nello Stato, diverso da quello competente, nel quale le predette persone risiedono, è a carico della sottoscritta istituzione
5.3 a decorrere dal ..... e fino alla notifica di annullamento del presente attestato
5.4 ☐ 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 ([4]) ☐

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 .....

.....

.....

8 ([4]) ☐

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 ([5])

8.3	Cognome	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 .....

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 punteggiate. Esso comporta 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione

Avvertenze per il titolare di pensione o rendita

a) *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 **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,** *alla sede provinciale dell'INAM,*
in **Lussemburgo,** *alla « Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers » (Cassa nazionale di assicurazione malattia degli operai) ;*
nei **Paesi Bassi,** *ad una cassa malattia competente per il luogo di residenza.*

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

NOTE

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

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

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

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

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 trasmettono 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

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

2.2 Indirizzo (3): .....

.....

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

3 Familiare (4)

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

3.2 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)

6 Istituzione competente

6.1 Denominazione: .....

6.2 Indirizzo (3): .....

.....

6.3 Timbro

6.4 Data: .....

6.5 Firma

.....

B. Notifica dell'iscrizione

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

.....

.....

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

9 Familiari iscritti

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

10 Istituzione del luogo di residenza dei familiari

10.1 Denominazione: .....

10.2 Indirizzo (3): .....

.....

10.3 Timbro

10.4 Data: .....

10.5 Firma

.....

AVVERTENZE

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

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 in argomento — non appena in vostro possesso — devono essere da voi inviati ai vostri familiari, i quali il 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 **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,** *alla sede provinciale dell'INAM ;*

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

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

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

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 ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; 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.

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

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

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 7; art. 63.1 e 3

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

2.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile ..... Data di nascita .....
2.2 Indirizzo nel paese competente (3):
.....
.....
2.3 Indirizzo nel paese ove si reca l'interessato (3):
.....
.....
2.4 N. d'identificazione: .....

3 A seguito

3.1 ☐ 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

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: .....
6.2 Indirizzo (3): .....
.....
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 del paese nel quale vi siete recato, e cioè:
in **Belgio,** *all'organismo scelto (mutualité) ;*
in **Danimarca,** *al 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 locale generale di malattia) ;*
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,** *alla sede provinciale dell'INAIL ;*
in **Lussemburgo,** *alla « Association d'assurance contre les accidents » (Cassa nazionale di assicurazione contro gli infortuni) ;*
nei **Paesi Bassi,** *ad una cassa malattia del luogo di residenza o in caso di dimora temporanea all'«Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds » (ANOZ) (Cassa mutua generale di malattia dei Paesi Bassi), Utrecht. Si può richiedere l'assistenza del medico, del dentista e del farmacista direttamente senza contatti preliminari con l'ANOZ;*
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 ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; 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.
(4) Denominazione ed indirizzo dell'istituzione alla quale è stato inviato il rapporto medico in parola.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

E 124 ☐ (1)

DOMANDA DI ASSEGNO DI MORTE

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

1 Il sottoscritto

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

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

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

.....

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

1.5 Indirizzo (4): .....

.....

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

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

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

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

3.3 Data del decesso: .....

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

3.5 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 Le spese del funerale ammontano a (5) ..... e sono state sostenute da .....

7 Sono allegati i seguenti documenti: .....

.....

.....

.....

8 Data: .....

8.1 Firma

.....

AVVERTENZE

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

Avvertenze per il richiedente

a) *Per beneficiare dell'assegno di morte dovete rivolgere domanda, mediante il presente modulo :*
   — *o all'istituzione di assicurazione competente,*
   — *o all'istituzione di assicurazione del luogo in cui vi trovate, che è:*
   in **Belgio,** *l'organismo scelto (mutualité) ;*
   in **Danimarca,** *il « Sikringsstyrelse » (Istituto nazionale per la sicurezza sociale), Copenaghen ;*
   in **Germania,** *l'« A.O.K. » (Cassa locale generale di malattia) ;*
   in **Francia,** *la « Caisse primaire d'assurance-maladie » (Cassa primaria di assicurazione malattia) ;*
   in **Irlanda,** *il Department of Social Welfare (Ministero della previdenza sociale), Dublino ;*
   in **Italia,** *la sede provinciale dell'INAM, INAIL, INPS, secondo i casi ;*
   in **Lussemburgo,** *la « Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers » (Cassa nazionale di assicurazione malattia degli operai) ;*
   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 :*
   in **Belgio**, *un estratto dell'atto di morte, rilasciato dall'amministrazione comunale ;*
   le fatture quietanzate relative alle spese funerarie ;
   in **Danimarca,** *l'atto di morte,*
   le fatture quietanzate relative alle spese funerarie ;
   in **Germania,** *l'atto di morte ;*
   in **Francia,**
   — **per tutti i casi**, *« bulletin de décès » (certificato di morte) dell'assicurato ;*
   — **inoltre**, *secondo i casi :*
   — *se siete il marito o la moglie dell'assicurato, la « fiche familiale » (scheda di famiglia) dello stato civile ;*
   — *se siete un suo discendente (figlio, figlia, nipote, ecc.), la « fiche familiale » dello stato civile recante il vostro grado di parentela ;*
   — *se siete un suo ascendente (padre, madre, nonno, ecc.), la sua « fiche individuelle » (scheda individuale) dello stato civile ;*
   — *se eravate a carico suo per altri motivi, un attestato sull'onore che indichi che eravate a suo carico totale, effettivo e permanente ;*
   in **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 ;
   in **Italia,** *certificato di morte ;*
   documento d'iscrizione all'assicurazione ;
   eventualmente, lo stato di famiglia ;
   in **Lussemburgo,** *l'atto di morte ;*
   le fatture quietanzate relative alle spese funerarie ;
   se del caso, un certificato dell'amministrazione comunale che attesti la comunità domestica ;
   nel **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 ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; GB = Regno Unito.
(2) Da indicare solo se si tratta di un lavoratore oppure di un titolare (o richiedente) di una pensione o rendita.
(3) Indicare la denominazione e l'indirizzo.
(4) Via, numero, codice postale, località, paese.
(5) Indicare l'importo nella moneta del paese di residenza del richiedente.

COMUNITÀ EUROPE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

E 125 ☐ (1)

CONTO INDIVIDUALE DELLE SPESE EFFETTIVE

Reg. 1408/71 ; art. 36.1 e 2 ; art. 63.1 ; art. 87.1
Reg. 574/72 : art. 93.1, 2, 4 e 5 ; art. 105.1

Il modulo deve essere redatto per un solo beneficiario.

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

2 All'istituzione competente

2.1 Denominazione: .....
2.2 Indirizzo (3): .....
.....

3 Assicurato

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

3.2 Indirizzo (3): .....
.....
3.3 Indirizzo (3) nel paese competente: .....
.....
3.4 N. d'identificazione: .....

4 Familiare (4)

4.1	Cognome	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:

5.1 ☐ 19.1 e 2 ☐ 22.1 e 3 ☐ 25.1, 3 e 4 ☐ 26 ☐ 29.1 ☐ 31 ☐ 52 ☐ 55.1
del reg. 1408/71
e sulla base dei seguenti moduli ricevuti:

5.2 ☐ modulo E ..... del ..... ☐ modulo E 117 del .....

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 (5)
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 (6)				
	.....				.....
6.8	**Totale prestazioni in natura**				.....
6.9	**Accertamenti sanitari** (7)				
	.....				.....
6.10	**Per prestazioni in denaro** corrisposte	dal	al		.....
6.11	TOTALE DELLE SPESE				.....

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

8	Spazio riservato ad uso proprio dell'istituzione del paese competente

AVVERTENZE

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

NOTE

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

(2) Da indicare se necessario all'istituzione creditrice.

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

(4) Da indicare solo se il conto riguarda un familiare.

(5) Da indicare in moneta nazionale.

(6) Indicare il tipo di prestazione : assistenza ostetrica, protesi dentarie, protesi ortopediche, cure termali, autoambulanza, ecc.

(7) Indicare la natura degli accertamenti sanitari (controlli o perizie) effettuati.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

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 invierà due copie all'istituzione che avrebbe dovuto erogare le prestazioni all'interessato nel paese di dimora direttamente o tramite l'organismo di collegamento. L'istituzione del luogo di dimora, redatta la parte B del formulario, restituisce una copia all'istituzione competente.

A. Domanda

1 All'istituzione destinataria (2)

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

2 [ ] Lavoratore [ ] Titolare di pensione o rendita

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

3 Familiare (o familiari) a cui sono state prestate le cure

3.1	Cognome	Nomi	Cognome da nubile	Data di nascita
3.2	.....	.....	.....	.....
3.3	.....	.....	.....	.....
3.4	.....	.....	.....	.....

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 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 .....
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 apposite linee punteggiate

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese che compila la parte A dello stampato : B = Belgio ; DK = Danimarca ; D = Germania ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi.

(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 ;
- **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,** l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie, Direzione generale, 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.

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

(4) Da compilare soltanto se la domanda è inoltrata ad una istituzione belga.

(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: .....
2.2 Indirizzo (3): .....
.....

3 Le prestazioni in natura sono concesse in base al diritto acquisito dal
☐ lavoratore ☐ titolare di pensione o di rendita

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

3.2 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: .....
7.2 Indirizzo (3): .....
.....
7.3 Timbro

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

8 Spazio riservato all'istituzione competente

E 127

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 per 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 ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; 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.

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 RESIDENZA

Reg. 1408/71 : art. 9.2 ; art. 15.3
Reg. 574/72 : art. 6.2

Attestato da compilare 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 continuàta per l'invalidità, vecchiaia e morte (pensioni).

1 Lavoratore

1.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome di nubile .....

1.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza (2) .....

1.3 Indirizzo (3): .....

.....

1.4 Numero d'iscrizione: .....

2 Ultimo lavoro soggetto ad assicurazione (4)

2.1 Natura dell'occupazione (operaio, impiegato, minatore, ecc.):

.....

2.2 Datore di lavoro (nome o ragione sociale): .....

2.3 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 ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; GB = Regno Unito.

(2) Eventualmente, indicare la data di naturalizzazione.

(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 o italiana.

(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 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. 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 compilare 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) .....

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
7.2 ☐ L'assicurato non esercita più un'attività professionale dal .....
7.3 ☐ L'assicurato intende cessare l'esercizio di un'attività retribuita il ([16])
.....
7.4 ☐ L'assicurato esercita un'attività retribuita ([16])
7.5 ☐ L'assicurato intende esercitare un'attività retribuita ([17])
7.6 Importo annuo della retribuzione e, se del caso, di altri redditi ([18]): .....
7.7 Natura degli altri redditi ([18]): .....

		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 Istituzioni debitrici delle prestazioni comprese da 8.3 a 8.9 [denominazione, indirizzo ([3])]

ad 8..... .....
ad 8..... .....
ad 8..... .....
ad 8..... .....

8.11 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

8.12 Sono considerati anticipi sulla pensione richiesta:
☐ le indennità dell'assicurazione malattia per inabilità al lavoro
☐ le indennità di disocupazione
☐ .....

9 Da compilare per i bisogni delle istituzioni tedesche e francesi.

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) ☐ 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 ..... Nomi ..... Cognome da nubile ..... Sesso .....

10.2 Data di nascita: ..... Luogo di nascita: .....

10.3 Indirizzo (3) (20): .....

.....

10.4 Data del matrimonio: .....

10.5 Il coniuge ☐ esercita ☐ non esercita un'attività professionale

10.6 In caso affermativo, si indichi l'importo dei redditi:

☐ settimanale (21): ..... ☐ annuo (22): .....

10.7 Il coniuge, che ha tra i 60 e 65 anni, si dichiara

☐ abile ☐ inabile al lavoro (19)

10.8 Il coniuge ☐ è ☐ non è titolare di una pensione o rendita

In caso affermativo, si indichi:

10.9 Il tipo della pensione o della rendita: .....

10.10 Il numero della pensione o della rendita: .....

10.11 L'istituzione debitrice: .....

10.12 L'importo ☐ mensile ☐ trimestrale ☐ annuo: .....

10.13 Il coniuge ☐ beneficia ☐ non beneficia di altre prestazioni sociali (23):

☐ disoccupazione ☐ malattia ☐ invalidità ☐ altre

10.14 Altri redditi noti: Natura .....

Importo (24) .....

11 Figli

11.1	Cognome	Nomi	Data di nascita	Rapporto di parentela
1.	.....	.....	.....	.....
2.	.....	.....	.....	.....
3.	.....	.....	.....	.....
4.	.....	.....	.....	.....

11.2 L'istituzione d'istruttoria non è tenuta a corrispondere le prestazioni di cui all'articolo 77 del Reg. n. 1408/71 per i figli indicati nelle righe

nn. ..... del punto 11.1 (25).

11.3 Indirizzo (3) (26): .....

.....

11.4 Osservazioni (27): .....

C. Informazioni varie

12 ☐ Data di inoltro della presente domanda: .....
☐ Data di decorrenza della rendita o pensione scelta dal richiedente ([28]): .....
☐ 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.

16 In allegato, il formulario: ☐ E 205 ☐ E 206 ☐ E 207

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 5 pagine e 1 intercalare e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese ove ha sede l'istituzione d'istruttoria : B = Belgio ; DK = Danimarca ; D = Germania ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; 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 (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.

(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 francesi quando il loro paese di nascita differisce dal territorio metropolitano francese.

(9) Da compilare, per quanto possibile, per i bisogni delle 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.

(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).

(13) 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).

(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, irlandesi e del Regno Unito.

(17) Da compilare per le istituzioni tedesche e irlandesi.

(18) Da compilare per le istituzioni danesi e tedesche.

(19) Le istituzioni tedesche e francesi potranno chiedere un formulario E 213.

(20) Ove il formulario sia trasmesso ad una istituzione danese, si indichi l'ultimo indirizzo in Danimarca del coniuge nel seguente riquadro.

Indirizzo (3) : .....
.....

(21) Da compilare esclusivamente per le istituzioni del Regno Unito.

(22) Da compilare per le istituzioni danesi, francesi, italiane e lussemburghesi.

(23) Da compilare per le istituzioni belghe, danesi, francesi, irlandesi, italiane e del Regno Unito.

(24) Da compilare per le istituzioni danesi (importo annuo), francesi (importo trimestrale) e italiane (importo mensile).

(25) Ad uso delle istituzioni italiane, compilare il foglio intercalare.

(26) Si indichi l'indirizzo comune. Ove uno dei figli risieda altrove, lo si indichi nel quadro seguente.

Cognome e nomi : .....
Indirizzo (3) : .....
.....

(27) Indicare se il figlio è coniugato, infermo, deceduto (indicare la data di morte), apprendista o se prosegue gli studi.

(28) Da compilare ad uso delle istituzioni tedesche e francesi.

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 ..... 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 ..... 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 ..... 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) .....

.....

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze alle pagine 4 e 5

E 203 ☐ (1)

Stato	Numero d'iscrizione 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. 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 compilare 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 ☐ divorziato e risposato (9) ☐ separato ☐ sposato ☐ divorziato non risposato (9) ☐ vedovo

3 Cittadinanza (10): .....

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) .....

9

9.1 L'assicurato deceduto (19) ☐ era ☐ non era titolare di una pensione o rendita alla data del suo matrimonio.
9.2 L'assucurato deceduto ☐ era ☐ non era titolare di una pensione o rendita alla data della sua morte.

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 deceduto ☐ aveva richiesto ☐ non aveva richiesto il differimento della pensione di vecchiaia cui avrebbe avuto diritto (in caso affermativo, indicare lo Stato: .....).

B. Notizie riguardanti gli aventi diritto

11 Vedova o vedovo, aventi diritto, eccetto i figli (20) (21)

11.1 Cognome ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....
11.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....
11.3 Indirizzo (3) (22): .....
.....
11.4 Data del matrimonio: .....
11.5 Data dell'eventuale divorzio: .....
11.6 Data dell'eventuale nuovo matrimonio: .....
11.7 Cognome e nomi del secondo marito o della seconda moglie: .....
11.8 Rapporto di parentela (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 dipendente

12.3 ☐ esercita ☐ non esercita un'attività indipendente

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 ☐ 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 Altri redditi noti: natura .....

importi ([30]) .....

14 Figli ([31])

14.1	Cognome	Nomi	Data di nascita	Rapporto di parentela
	1.			
	2.			
	3.			
	4.			

14.2 L'istituzione d'istruttoria non è tenuta a corrispondere le prestazioni di cui all'articolo 78 del Reg. n. 1408/71 per i figli indicati nelle righe

nn. ..... del punto 14.1 ([32])

14.3 Indirizzo ([3]) ([33]) .....

.....

14.4 Osservazioni ([34]) .....

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.

E 203

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.

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
.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso è composto da 5 pagine e 2 intercalari e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione

NOTE

([1]) Indicare la sigla del paese ove ha sede l'istituzione d'istruttoria : B = Belgio ; DK = Danimarca ; D = Germania ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; 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 (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.

([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 francesi quando il loro paese di nascita differisce dal territorio metropolitano francese.

([9]) Da compilare, per quanto possibile, per i bisogni delle 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.

([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).

([13]) 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*).

([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 dell'assicurato defunto nel seguente riquadro.

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

(16) Da compilare per le istituzioni tedesche, irlandesi, italiane, lussemburghesi e del Regno Unito.

(17) Da compilare per le istituzioni tedesche e lussemburghesi.

(18) Ad uso delle istituzioni francesi, indicare la data di denunzia della sparizione alla polizia.

(19) Da compilare per le istituzioni francesi, italiane e lussemburghesi.

(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 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) : .....

.....

(23) Da compilare per le istituzioni danesi e francesi.

(24) Da compilare per le istituzioni tedesche, francesi, italiane e lussemburghesi.

(25) Da compilare esclusivamente per le istituzioni olandesi.

(26) Da compilare per le istituzioni francesi, irlandesi e del Regno Unito.

(27) Ad uso delle istituzioni francesi, precisare se trattasi di un diritto personale o di reversibilità.

(28) Da compilare per le istituzioni belghe e tedesche.

(29) Da compilare per le istituzioni belghe, tedesche, francesi e lussemburghesi.

(30) Da compilare per le istituzioni danesi (importo annuo), francesi (importo trimestrale) e italiane (importo mensile).

(31) Da compilare per le istituzioni danesi, tedesche, francesi, irlandesi, italiane, olandesi e del Regno Unito.

(32) Ad uso delle istituzioni italiane, compilare 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, infermo, deceduto (indicare la data di morte), apprendista o se prosegue gli studi.

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 ..... 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 ..... 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 ..... 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) .....

.....

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 5

E 204 [ ] (1)

Stato	Numero d'iscrizione 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. 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 compilare a cura dell'istituzione d'istruttoria che ne trasmetterà un esemplare e 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): .....

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 più

☐ un'attività dipendente ☐ un'attività indipendente

7.3 Se esercita un'attività dipendente ([16]) si indichi:

l'importo della retribuzione: ..... la durata settimanale del lavoro: .....

7.4 Data di cessazione dell'attività professionale normale: .....

7.5 Natura di detta attività: .....

7.6 Se si tratta di un'attività indipendente, si indichi l'importo del reddito professionale ([17]): .....

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

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

9.1	L'assicurato	ha chiesto le prestazioni seguenti	e/o beneficia delle prestazioni seguenti
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 Istituzione/i debitrice/i delle prestazioni comprese da 9.3 a 9.9 [denominazione, indirizzo ([3])].

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

9.12 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 ..... Nomi ..... Cognome da nubile ..... Sesso .....

10.2 Data di nascita: ..... Luogo di nascita: .....

10.3 Indirizzo (3) (19): .....

.....

10.4 Data del matrimonio: .....

10.5 Il coniuge ☐ esercita ☐ non esercita un'attività professionale

10.6 In caso affermativo, si indichi l'importo del reddito

☐ settimanale (20) ☐ annuo (21):

10.7 Il coniuge ☐ è titolare ☐ non è titolare di una pensione o rendita

in caso affermativo si indichi:

10.8 La natura della pensione o della rendita: .....

10.9 Il numero della pensione o della rendita: .....

10.10 L'istituzione debitrice: .....

10.11 L'importo ☐ mensile ☐ trimestrale ☐ annuo .....

10.12 Il coniuge ☐ beneficia ☐ non beneficia di altre prestazioni (22):

☐ disoccupazione ☐ malattia ☐ invalidità ☐ altre

10.13 Altri redditi noti: Natura .....

Importo (23) .....

11 Figli

11.1	Cognome	Nomi	Data di nascita	Rapporto di parentela
	1.	.....	.....	.....
	2.	.....	.....	.....
	3.	.....	.....	.....
	4.	.....	.....	.....

11.2 L'istituzione d'istruttoria non è tenuta a corrispondere le prestazioni di cui all'articolo 77 del Reg. n. 1408/71 per i figli indicati nelle righe

nn. ..... del punto 11.1 ([24]).

11.3 Indirizzo ([3]) ([25]): .....

.....

11.4 Osservazioni ([26]): .....

12 Ascendenti a carico ([27])

12.1	Cognome	Nomi	Data di nascita	Rapporto di parentela
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

12.2 Indirizzo ([3]) ([25]): .....

.....

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.

16 In allegato, il formulario: ☐ E 205 ☐ E 206 ☐ E 207 ☐ E 213 ☐ E 214 ([28])

17 Istituzione d'istruttoria

17.1 Denominazione: .....

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

.....

17.3 Timbro

17.4 Data: .....

17.5 Firma

.....

E 204

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso è composto da 5 pagine e 1 intercalare e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese ove ha sede l'istituzione d'istruttoria : B = Belgio ; DK = Danimarca ; D = Germania ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; 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 (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 « détto » e « alias » e le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.

(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 francesi quando il loro paese di nascita differisce dal territorio metropolitano francese.

(9) Da compilare, per quanto possibile, per i bisogni delle 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.

(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).

(13) 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).

(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 della Parte I dell'E 213.

(16) Da compilare per le istituzioni danesi, tedesche, francesi, irlandesi, lussemburghesi, olandesi e del Regno Unito.

(17) Da compilare per le istituzioni belghe, danesi, irlandesi, lussemburghesi e olandesi.

(18) Da compilare esclusivamente per le istituzioni danesi.

(19) Da compilare esclusivamente per le istituzioni danesi. Indicare l'ultimo indirizzo in Danimarca.

(20) Da compilare per le istituzioni irlandesi e del Regno Unito.

(21) Da compilare per le istituzioni belghe, danesi, francesi, italiane e lussemburghesi.

(22) Da compilare per le istituzioni belghe, danesi, francesi, tedesche, irlandesi, italiane e del Regno Unito.

(23) Da compilare ad uso delle istituzioni belghe e danesi (importo annuo), francesi (importo trimestrale) e italiane (importo mensile).

(24) Ad uso delle istituzioni italiane, compilare il foglio intercalare.

(25) 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) : .....
.....

(26) Indicare se il figlio è coniugato, infermo, deceduto (indicare la data di morte), apprendista o se prosegue gli studi.

(27) Da compilare ad uso delle istituzioni belghe, tedesche e del Regno Unito.

(28) 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

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 ..... 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 ..... 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 ..... 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) .....

.....

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

E 205 **B** (1)

ATTESTATO CONCERNENTE LA CARRIERA ASSICURATIVA IN BELGIO

Reg. 1408/71 : art. 38 ; art. 45 ; art. 48 ; art. 57.3.c
Reg. 574/72 : art. 42.1 ; art. 43.1, 2 e 3 ; art. 69

Da compilare dall'istituzione d'istruttoria per i periodi di assicurazione effettuati sotto la legislazione da essa applicata ; da allegare ai formulari E 202, E 203 o E 204, secondo i casi. Ciascuna istituzione in causa compila un formulario per i periodi effettuati 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): .....

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	Nomi		Cognome di nascita
	.....	.....		.....
7.2	Luogo di nascita	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza
	.....	.....	.....	.....

7.3 Indirizzo (2): .....
.....

8

Periodi di assicurazione e periodi equivalenti maturati			Periodi di assicura-zione	Periodi equivalenti (14)	Regime	Professione (15)
Anno	dal	al	Anni	Anni		

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 suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato (B = Belgio).
(2) Via, numero, codice postale, località, paese.
(3) — Il cognome (di famiglia) comporta l'indicazione di quello usuale o 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.
(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 francesi che non sono nati sul territorio metropolitano francese.
(8) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.
(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).
(11) 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).
(12) Sigla del paese di nascita dell'assicurato codificato 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.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

E 205 **DK** (1)

ATTESTATO CONCERNENTE LA CARRIERA ASSICURATIVA E DI 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 e 3 ; art. 69

Da compilare dall'istituzione d'istruttoria per i periodi di assicurazione effettuati sotto la legislazione da essa applicata ; da allegare ai formulari E 202, E 203 o E 204, secondo i casi. Ciascuna istituzione in causa compila un formulario per i periodi effettuati 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): .....

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	Nomi		Cognome di nascita
	.....	.....		.....
7.2	Luogo di nascita	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza
	.....	.....	.....	.....

7.3 Indirizzo (2): .....
.....

8

Periodi di residenza e periodi equivalenti maturati a norma della legislazione in materia di pensioni sociali			Periodi di residenza			Periodi equivalenti			Periodi di assicurazione e periodi equivalenti maturati a norma della legislazione in materia di pensioni complementari per lavoratori subordinati (ATP)			
Anno	dal	al	Anni	Mesi	Giorni	Anni	Mesi	Giorni	Anno	dal	al	Mesi

8.1 Durata totale di assicurazione al regimi danesi di sicurezza sociale dei lavoratori dipendenti:

.....

8.2 Osservazioni: .....

.....

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 suddette, 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 (di famiglia) comporta l'indicazione di quello usuale o 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.
(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 francesi che non sono nati sul territorio metropolitano francese.
(8) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.
(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).
(11) 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).
(12) Sigla del paese di nascita dell'assicurato codificato 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

Reg. 1408/71 : art. 38 ; art. 45 ; art. 48 ; art. 57.3.c
Reg. 574/72 : art. 42.1 ; art. 43.1, 2 e 3 ; art. 69

Da compilare dall'istituzione d'istruttoria per i periodi di assicurazione effettuati sotto la legislazione da essa applicata ; da allegare ai formulari E 202, E 203 o E 204 , secondo i casi. Ciascuna istituzione in causa compila un formulario per i periodi effettuati 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): .....

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	Nomi		Cognome di nascita
	.....	.....		.....
7.2	Luogo di nascita	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza
	.....	.....	.....	.....

7.3 Indirizzo (2): .....
.....

8

Periodi di assicurazione e periodi equivalenti maturati			Periodi di assicurazione (14)		Periodi equivalenti (15)		Regime	Professione (16)
Anno	dal	al	Settimane	Mesi	Settimane	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 suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato (D = Germania).

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

(3) — Il cognome (di famiglia) comporta l'indicazione di quello usuale o 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.

(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 francesi che non sono nati sul territorio metropolitano francese.

(8) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.

(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).

(11) 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).

(12) Sigla del paese di nascita dell'assicurato codificato 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 (Pflichtversicherung), per distinguerli dai periodi di assicurazione volontaria.

(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 8.2 la natura dei periodi assimilati (Ersatzzeiten).

(16) Per i lavoratori che sono stati occupati nelle miniere o industrie assimilate, allegare un formulario E 206.

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 compilare dall'istituzione d'istruttoria per i periodi di assicurazione effettuati sotto la legislazione da essa applicata ; da allegare ai formulari E 202, E 203 o E 204, secondo i casi. Ciascuna istituzione in causa compila un formulario per i periodi effettuati 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): .....

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	Nomi		Cognome di nascita
	.....	.....		.....
7.2	Luogo di nascita	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza
	.....	.....	.....	.....

7.3 Indirizzo (2): .....
.....

8

Periodi di assicurazione e periodi equivalenti maturati			Periodi di assicurazione (14)	Periodi equivalenti (15)	Regime	Professione (16)
Anno	dal	al	Trimestri	Trimestri		

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 comport 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato (F = Francia).
(2) Via, numero, codice postale, località, paese.
(3) — Il cognome (di famiglia) comporta l'indicazione di quello usuale o 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.
(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 francesi che non sono nati sul territorio metropolitano francese.
(8) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.
(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).
(11) 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).
(12) Sigla del paese di nascita dell'assicurato codificato 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.

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 compilare dall'istituzione d'istruttoria per i periodi di assicurazione effettuati sotto la legislazione da essa applicata ; da allegare ai formulari E 202, E 203 o E 204, secondo i casi. Ciascuna istituzione in causa compila un formulario per i periodi effettuati sotto la legislazione da essa applicata a 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): .....

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	Nomi		Cognome di nascita
	.....	.....		.....
7.2	Luogo di nascita	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza
	.....	.....	.....	.....

7.3 Indirizzo (2): .....
.....

8

Periodi di assicurazione e periodi equivalenti maturati			Periodi di assicurazione (14)	Periodi equivalenti	Motivo dell'equivalenza (15)	Professione (16)
Anno	dal	al	Settimane	Settimane		

8.1 Durata totale di assicurazione al regime irlandese di sicurezza sociale dei lavoratori dipendenti:

.....

8.2 Osservazioni: .....

.....

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 suddette, 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 (di famiglia) comporta l'indicazione di quello usuale o 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.

(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 francesi che non sono nati sul territorio metropolitano francese.

(8) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.

(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).

(11) 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).

(12) Sigla del paese di nascita dell'assicurato codificato 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.

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 compilare dall'istituzione d'istruttoria per i periodi di assicurazione effettuati sotto la legislazione da essa applicata ; da allegare ai formulari E 202, E 203 o E 204, secondo i casi. Ciascuna istituzione in causa compila un formulario per i periodi effettuati 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): .....

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	Nomi		Cognome di nascita
	.....	.....		.....
7.2	Luogo di nascita	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza
	.....	.....	.....	.....

7.3 Indirizzo (2): .....
.....

8

Periodi di assicurazione e periodi equivalenti maturati			Periodi di assicurazione ([14])		Periodi equivalenti ([15])		Regime	Professione ([16])
Anno	dal	al	Settimane	Mesi	Settimane	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 suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato (I = Italia).
(2) Via, numero, codice postale, località, paese.
(3) — Il cognome (di famiglia) comporta l'indicazione di quello usuale o 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.
(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 francesi che non sono nati sul territorio metropolitano francese.
(8) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.
(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).
(11) 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).
(12) Sigla del paese di nascita dell'assicurato codificato 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.

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 compilare dall'istituzione d'istruttoria per i periodi di assicurazione effettuati sotto la legislazione da essa applicata ; da allegare ai formulari E 202, E 203 o E 204, secondo i casi. Ciascuna istituzione in causa compila un formulario per i periodi effettuati 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): .....

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	Nomi		Cognome di nascita
	.....	.....		.....
7.2	Luogo di nascita	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza
	.....	.....	.....	.....

7.3 Indirizzo (2): .....
.....

8

Periodi di assicurazione e periodi equivalenti maturati			Periodi di assicurazione		Periodi equivalenti (14)		Regime	Professione (15)
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 suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila lo stampato (L = Lussemburgo).

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

(3) — il cognome (di famiglia) comporta l'indicazione di quello usuale o 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.

(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 francesi che non sono nati sul territorio metropolitano francese.

(8) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.

(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).

(11) 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).

(12) Sigla del paese di nascita dell'assicurato codificato 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.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

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 compilare dall'istituzione d'istruttoria per i periodi di assicurazione effettuati sotto la legislazione da essa applicata ; da allegare ai formulari E 202, E 203 o E 204, secondo i casi. Ciascuna istituzione in causa compila un formulario per i periodi effettuati 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): .....

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	Nomi		Cognome di nascita
	.....	.....		.....
7.2	Luogo di nascita	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza
	.....	.....	.....	.....

7.3 Indirizzo (2): .....
.....

8

Periodi di assicurazione secondo l'AOW/AWW (14)		Periodi di assicurazione secondo la WAO (14)		Numero			Tipo (15)
dal	al	dal	al	di anni	di mesi	di giorni	

8.1 Durata totale del periodo di assicurazione olandese, secondo l'AOW, l'AWW e la WAO (16)

..... 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 suddette, 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 (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.
(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 francesi che non sono nati sul territorio metropolitano francese.
(8) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.
(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).
(11) 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).
(12) Sigla del paese di nascita dell'assicurato codificato 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 contro l'inabilità al lavoro prolungata.
(15) Per indicare la natura dei periodi di assicurazione, utilizzare il seguente codice :
P = assicurazione obbligatoria,
V = assicurazione volontaria,
G = periodi equivalenti.
(16) Cancellare l'indicazione che non interessa. Il regime olandese di assicurazione non prevede l'immatricolazione degli assicurati. Può darsi quindi che il nostro estratto conto indichi periodi per i quali si presume esista un'assicurazione nei Paesi Bassi. Ove si accerti che l'interessato è stato assicurato in forza della legislazione del vostro paese per periodi da noi indicati come periodi di assicurazione nei Paesi Bassi potete dedurre, senza doverci per questo consultare, i suddetti periodi dalla durata totale di assicurazione olandese di cui al punto 8.1.

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 compilare dall'istituzione d'istruttoria per i periodi di assicurazione effettuati sotto la legislazione da essa applicata ; da allegare ai formulari E 202, E 203 o E 204, secondo i casi. Ciascuna istituzione in causa compila un formulario per i periodi effettuati 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): .....

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	Nomi	Cognome di nascita
	.....	.....	.....
7.2	Luogo di nascita	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza
	.....	.....	.....	.....

7.3 Indirizzo (2): .....
.....

8

Periodi di assicurazione e periodi equivalenti maturati			Periodi di assicurazione (14)	Periodi equivalenti	Motivo dell'equivalenza (15)	Professione (16)
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 suddette, 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 (di famiglia) comporta l'indicazione di quello usuale o 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.
(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 francesi che non sono nati sul territorio metropolitano francese.
(8) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.
(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).
(11) 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).
(12) Sigla del paese di nascita dell'assicurato codificato secondo il codice internazionale dei veicoli automobilistici.
(13) Da compilare, se del caso.
(14) Ove si tratti di periodi di assicurazione volontaria, utilizzare una V dopo il numero di settimane.
(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.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 3

E 206 [ ] (1)

PROSPETTO DEI PERIODI DI LAVORO NELLE MINIERE O AZIENDE ASSIMILATE

Reg. 1408/71 : art. 38 ; art. 45 ; art. 48 ; art. 57.3.c
Reg. 574/72 : art. 42.1 ; art. 43.1, 2 e 3 ; art. 69

Da compilare dall'istituzione d'istruttoria per i periodi di assicurazione effettuati sotto la legislazione da essa applicata, da allegare ai formulari E 202, E 203 o E 204, secondo i casi. Ciascuna istituzione in causa compila un formulario per i periodi effettuati 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): .....

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	Nomi		Cognome di nascita
	.....	.....		.....
7.2	Luogo di nascita	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza
	.....	.....	.....	.....

7.3 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

.....

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 suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione

NOTE

([1]) Sigla del paese cui appartiene l'istituzione che compila il formulario : B = Belgio ; DK = Danimarca ; D = Germania ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; GB = Regno Unito.

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

([3]) — 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 la particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.

([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 francesi che non sono nati sul territorio metropolitano francese.

([8]) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.

([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).

([11]) 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).

([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.

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 compilare, all'occorrenza, dall'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 ad ogni buon conto all'istituzione in causa.

Notizie concernenti il lavoratore

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): .....

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
.....

7 Informazioni relative a ciascun periodo

	Periodi ([13])		Natura dei periodi ([14])	Denominazione e sede dell'impresa	Località e paese dove l'interessato è stato occupato	a) Istituzione o regime di assicurazione b) Numero di matricola ([15]) c) Assicurazione ([16])	Luogo di residenza durante i periodi di attività
	dal	al					
	1	2	3	4	5	6	7
1						a) ..... b) ..... c)	
2						a) ..... b) ..... c)	
3						a) ..... b) ..... c)	
4						a) ..... b) ..... c)	
5						a) ..... b) ..... c)	
6						a) ..... b) ..... c)	
7						a) ..... b) ..... c)	
8						a) ..... b) ..... c)	

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso comporta 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione. Ove lo spazio previsto a pagina 2 non sia sufficiente per indicare tutti i periodi della carriera dell'assicurato, si inseriscano una o più pagine identiche, modificando i numeri che si trovano a sinistra (si sostituisca 1, 2, 3 ... con 9, 10, 11 ....)

NOTE

(1) Sigla del paese cui appartiene l'istituzione che compila il formulario : B = Belgio ; DK = Danimarca ; D = Germania ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; GB = Regno Unito.

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

(3) — 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.

(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 francesi che non sono nati sul territorio metropolitano francese.

(8) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.

(9) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifré, 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).

(11) 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).

(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 dipendente o indipendente), 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) Ove il formulario sia destinato ad una istituzione danese, si indichi il numero CPR ed eventualmente il numero ATP.

(16) Precisare se si tratta di assicurazione obbligatoria, assicurazione volontaria o facoltativa continuata o di un periodo senza assicurazione.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze 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 trasmettere dall'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 Cittadinanza (9): .....

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 ..... Nomi ..... Cognome di nascita .....

7.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

7.3 Indirizzo (3) .....
.....

7.4 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 suddette, 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 ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; GB = Regno Unito.

(2) Indicare lo Stato membro.

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

(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.

(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 francesi che non sono nati sul territorio metropolitano francese.

(9) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.

(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).

(12) 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).

(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 3

E 209 [ ] (1)

DETERMINAZIONE DEGLI IMPORTI DELLA PENSIONE

di ☐ **vecchiaia** ☐ **invalidità** ☐ **superstiti**

AI FINI DELL'EVENTUALE APPLICAZIONE DELL'ARTICOLO 46.3 DEL REGOLAMENTO 1408/71

Il formulario è compilato dall'istituzione d'istruttoria che ne invia un esemplare ad ognuna delle istituzioni in causa.

1 All'istituzione in causa

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

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 Cognomi ..... Nomi ..... Cognome di nascita .....
7.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....
7.3 Indirizzo (2) .....
.....
7.4 Rapporto di parentela con l'assicurato deceduto: .....

(Determinazione degli importi: vedi pag. 2)

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 Parità monetarie (19)

Valuta del paese dell'istituzione competente		Valuta del paese dell'istituzione d'istruttoria
100 DM	x ..... =	.....
100 FB	x ..... =	.....
100 FF	x ..... =	.....
100 lire	x ..... =	.....
100 F Lus.	x ..... =	.....
100 fiorini	x ..... =	.....
100 Dkr.	x ..... =	.....
100 £ UK	x ..... =	.....
100 £ Irl.	x ..... =	.....

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 suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione

NOTE

(1) Sigla del paese cui appartiene l'istituzione che compila il formulario : B = Belgio ; DK = Danimarca ; D = Germania ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; GB = Regno Unito.

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

(3) — 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.

(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 francesi che non sono nati sul territorio metropolitano francese.

(8) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.

(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).

(11) 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).

(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 Istituzione d'istruttoria destinataria

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): .....

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	Nomi		Cognome di nascita
	.....	.....		.....
7.2	Luogo di nascita	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza
	.....	.....	.....	.....

7.3 Indirizzo (2) .....

.....

7.4 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 allegato

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 suddette, 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; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; GB = Regno Unito.

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

(3) — 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.

(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 francesi che non sono nati sul territorio metropolitano francese.

(8) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.

(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).

(11) 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).

(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 dalle 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 comunica un esemplare al richiedente nella sua lingua, allegando copia di ciascuna delle decisioni formali nonché una nota relativa ai mezzi e termini di ricorso (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	Nomi		Cognome da nubile .....
1.2	Luogo di nascita	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza .....
1.3	Indirizzo (2):			

2 La domanda di pensione di

2.1 ☐ 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 ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; GB = Regno Unito.

(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
Regolamenti 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) ;
4. far pervenire la lettera all'istanza destinataria 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 tre mesi 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 **francese** deve essere trasmesso al Presidente della Commission de recours gracieux de la caisse de sécurité sociale (Commissione dei ricorsi amministrativi della Cassa di sicurezza sociale) indicata nella notifica francese, entro due mesi dalla data di ricezione della notifica.
5. 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.
6. Un ricorso contro una decisione **italiana** adottata dall'INPS va indirizzato al Comitato provinciale presso la sede provinciale dell'INPS di

.....

entro e non oltre il termine di 90 giorni dalla data di ricezione della nota ricapitolativa delle decisioni (Form. E 211).

Qualora siano trascorsi 90 giorni senza che il ricorso in 1ª istanza sia stato deciso, è ammessa la possibilità di ricorrere in 2ª istanza — entro il termine di altri 90 giorni a decorrere dalla scadenza del periodo entro il quale il primo ricorso doveva essere deciso dal Comitato — a

.....

.....

Le modalità di ricorso sopraindicate si riferiscono alle domande di pensione definite dall'INPS nell'assicurazione generale obbligatoria per l'invalidità, la vecchiaia ed i superstiti.

Per i ricorsi contro provvedimenti emanati nei confronti dei regimi speciali gestiti dall'INPS o da altri Istituti valgono diverse modalità che saranno indicate all'interessato a parte.

7. 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.
8. 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.

9. 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.

E 212

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 ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; GB = Regno Unito.

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

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 6

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

2.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

2.3 Indirizzo (2): .....

.....

2.4 Ultima attività esercitata (3): .....

2.5 [ ] Numero di matricola: .....

2.6 [ ] Numero della pensione: .....

2.7 Numero della pratica: .....

2.8 Data di presentazione della domanda di pensione: .....

2.9 Data di presentazione della domanda di revisione per aggravamento: .....

3 Referto del medico

3.1 Cognome ..... Nomi .....

3.2 Indirizzo (2): .....

.....

3.3 Medico di controllo di .....

PARTE I — QUESTIONARIO COMUNE A TUTTE LE SITUAZIONI

A. Anamnesi

1 Antecedenti personali e familiari:

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

2 Affezioni attuali (disturbi lamentati dall'interessato, inizio dell'affezione, evoluzione, 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'attività 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 di 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) ( ):

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

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 (8) : .....

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 permanente 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 6 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione

NOTE

(1) Sigla del paese al quale appartiene l'istituzione che ha fatto compilare il formulario : B = Belgio ; DK = Danimarca ; D = Germania ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; GB = Regno Unito.

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

(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.

(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 3

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

2.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

2.3 Indirizzo (2): .....

.....

2.4 Ultima professione esercitata: .....

2.5 [ ] Numero di matricola: .....

2.6 [ ] 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

	Domande	Risposte: si	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 la 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

Domande		Risposte						Osservazioni
		si	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 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione

NOTE

(¹) Sigla del paese al quale appartiene l'istituzione che ha fatto compilare il formulario : B = Belgio ; DK = Danimarca ; D = Germania ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; GB = Regno Unito.

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

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 4

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): .....

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 ..... Nomi ..... Cognome da nubile ..... Sesso .....

6.2 Data di nascita: ..... Luogo di nascita: .....

6.3 Indirizzo (2) (16): .....

.....

6.4 Data di matrimonio: .....

6.5 Il coniuge ☐ esercita ☐ non esercita un'attività professionale

6.6 In caso affermativo, si indichi l'importo dei redditi:

☐ settimanali (17): ..... ☐ annui (18): .....

6.7 Il coniuge ☐ è titolare ☐ non è titolare di una pensione o rendita

In caso affermativo si indichi:

6.8 la natura della pensione o della rendita: .....

6.9 il numero della pensione o della rendita: .....

6.10 l'istituzione debitrice: .....

6.11 l'importo ☐ mensile ☐ trimestrale ☐ annuo: .....

6.12 Il coniuge (19) ☐ beneficia ☐ non beneficia di altre prestazioni

☐ disoccupazione ☐ malattia ☐ invalidità ☐ altre

6.13 Altre fonti di reddito: Natura .....

Importo (20) .....

7 Figli

7.1	Cognome	Nomi	Data di nascita	Rapporto di parentela
	1.	.....	.....	.....
	2.	.....	.....	.....
	3.	.....	.....	.....
	4.	.....	.....	.....

7.2 Indirizzo (2) (21): .....

.....

7.3 Osservazioni ( ): .....

8 Ascendenti a carico (23)

8.1	Cognome	Nomi	Data di nascita	Rapporto di parentela
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

8.2 Indirizzo (2) (21): .....

.....

8.3 Osservazioni: .....

.....

9 Prestazioni

		ha chiesto le prestazioni seguenti	e/o beneficia delle prestazioni seguenti
9.1	Il titolare di pensione		
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

10 Attività eventuali

10.1 Il titolare di pensione

☐ non esercita alcuna attività

☐ esercita una attività subordinata

☐ esercita una attività indipendente

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 4 pagine e deve essere trasmesso sempre completo in tutte le pagine suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese al quale appartiene l'istituzione mittente : B = Belgio ; DK = Danimarca ; D = Germania ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; GB = Regno Unito.

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

(3) — 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.

(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 francesi che non sono nati sul territorio metropolitano francese.

(8) Da compilare, per quanto possibile, per i bisogni delle 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.

(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.

(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).

(13) 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).

(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 del Regno Unito.

(18) Da compilare per le istituzioni francesi, italiane, lussemburghesi e danesi.

(19) Da compilare per le istituzioni belghe, danesi, francesi, irlandesi, italiane e del Regno Unito.

(20) Da compilare per le istituzioni italiane (importo mensile) e francesi (importo trimestrale).

(21) Indicare l'indirizzo comune. Se uno dei figli o degli ascendenti ha un recapito diverso, indicarlo nel quadro seguente :

Cognome e nomi : .....

Indirizzo (2) .....

.....

(22) Precisare se il figlio è coniugato, infermo, deceduto (data del decesso), apprendista oppure se prosegue gli studi.

(23) Da compilare per le istituzioni belghe, tedesche e francesi.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

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 l'interessato è stato assicurato in precedenza, per essere rimesso all'interessato o trasmesso all'istituzione competente.

1	Lavoratore		
1.1	Cognome	Nomi	Cognome da nubile .....
1.2	Data di nascita	Luogo di nascita	Cittadinanza .....

2 L'interessato sopraccitato ha compiuto, nel corso

2.1 ☐ dell'anno (2) ☐ degli ultimi due anni (2) ☐ degli ultimi tre anni (2)
che precede/precedono la data di cessazione dell'ultima occupazione

3 i seguenti periodi di assicurazione e periodi equivalenti (3):

3.1 Periodi di assicurazione

dal	al

3.2 Periodi equivalenti

dal	al	Motivo dell'equivalenza (4)

4 i seguenti periodi di occupazione e periodi equivalenti (3):

4.1 Periodi di occupazione

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: .....

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 ☐ perché non è rimasto a disposizione degli uffici di collocamento dello Stato competente per almeno 4 settimane dall'inizio del periodo di disoccupazione, né è stato autorizzato a partire prima che fossero scadute le 4 settimane.

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 apposite linee punteggiate

NOTE

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

(2) Nei formulari destinati ad un'istituzione con sede in Francia, nel Lussemburgo o nei Paesi Bassi basta 1 anno, in quelli destinati ad un'istituzione in Italia bastano 2 anni (però l'istituzione potrà inoltre richiedere la carriera completa dell'interessato all'estero) ; in quelli destinati ad una istituzione in Belgio, Danimarca, Germania, Irlanda o del Regno Unito bastano 3 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.

(5) Da compilare se l'attestato è destinato ad un'istituzione belga, tedesca, francese o italiana.

(6) Precisare se trattasi di attività stagionale.

(7) Da compilare, nei limiti del possibile, se l'attestato è destinato ad un'istituzione tedesca, francese od olandese.

(8) Da compilare se l'attestato è destinato ad una istituzione belga, danese, francese, italiana o olandese.

(9) Da compilare se l'attestato è destinato ad una istituzione belga, danese, italiana o olandese.

(10) Da compilare se l'attestato è destinato ad una istituzione francese, tedesca o italiana.

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

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

E 302 ☐ (1)

ATTESTATO RELATIVO AI FAMILIARI DA PRENDERE IN CONSIDERAZIONE PER IL CALCOLO DELLE PRESTAZIONI DI DISOCCUPAZIONE

Reg. 1408/71 : art. 68.2
Reg. 574/72 : art. 82

Da compilare a cura dell'istituzione designata del luogo di residenza dei familiari, per essere rimesso al disoccupato o trasmesso all'istituzione competente.

1 Disoccupato

1.1	Cognome	Nomi	Cognome da nubile .....
1.2	Data di nascita	Luogo di nascita	Cittadinanza .....

2 Familiari

Numero d'ordine	Cognome	Nomi	Data di nascita	Rapporto di parentela	Luogo di residenza
1	.....	.....	.....	.....	.....
2	.....	.....	.....	.....	.....
3	.....	.....	.....	.....	.....
4	.....	.....	.....	.....	.....
5	.....	.....	.....	.....	.....
6	.....	.....	.....	.....	.....
7	.....	.....	.....	.....	.....
8	.....	.....	.....	.....	.....

3 Eventuale reddito dei familiari (natura ed importo mensile, ivi comprese le prestazioni sociali)

Numero d'ordine (2)	Familiari	Natura del reddito	Importo
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

4 I familiari di cui ai numeri d'ordine seguenti erano a carico del 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 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 disoccupato (5)

6.1 Il disoccupato di cui al quadro 1 dichiara che i suoi familiari indicati con i numeri ..... 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 disoccupato

.....

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 ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; GB = Regno Unito.

(2) In tal caso, ripetere i numeri d'ordine indicati al riquadro 2.

(3) Da compilare soltanto se il formulario è destinato ad un'istituzione belga, francese o del Regno Unito.

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

(5) Il 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	Disoccupato		Numero di matricola: .....
1.1	Cognome	Nomi	Cognome da nubile
	.....	.....	.....
1.2	Data di nascita	Luogo di nascita	Cittadinanza
	.....	.....	.....

2 Il disoccupato ha diritto alle prestazioni di disoccupazione qualora si trovi nelle condizioni previste dall'art. 69 del Reg. 1408/71 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.

4 Il 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

4.2 Importo giornaliero della prestazione:

..... netto, di cui maggiorazione familiare: ..... netto,

e, dal .....

..... netto, di cui maggiorazione familiare: ..... netto.

4.3 Importo settimanale delle prestazioni di disoccupazione: ..... netto.

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 disoccupato accetti una occupazione non occasionale (3) o inizi un'attività indipendente;

5.2 — quando il disoccupato benefici di un guadagno occasionale derivante da una occupazione non contemplata al punto precedente (in tal caso, la prestazione viene sospesa per il numero di giornate lavorative che danno diritto al guadagno suindicato);

5.3 — quando il disoccupato rifiuti un'offerta di lavoro o non aderisca ad una convocazione dell'ufficio di collocamento;

5.4 — quando il disoccupato rifiuti di sottoporsi a misure di riqualificazione professionale o si astenga dal parteciparvi (4);

5.5 — quando il disoccupato non si sottoponga o non si sottoponga più al controllo;

5.6 — quando il disoccupato sia permanentemente inabile al lavoro (5);

5.7 — quando il disoccupato sia temporaneamente inabile al lavoro (in tal caso, le prestazioni vengono sospese, fintantoché il disoccupato non si iscriva nuovamente);

5.8 — quando il disoccupato non sia o non sia più a disposizione dell'ufficio di collocamento;

5.9 — quando diminuisca il numero dei familiari che danno diritto alle maggiorazioni familiari o qualcuno di essi benefici di redditi di cui al formulario E 302. In tal caso, le prestazioni devono essere erogate, previa deduzione delle maggiorazioni familiari.

6	Istituzione che rilascia il formulario
6.1	Denominazione: .....
6.2	Indirizzo (6): .....
	.....
6.3	Timbro
6.4	Data: .....
6.5	Firma
	.....

E 303/0

AVVERTENZE

L'istituzione competente dell'ultimo paese di occupazione compila la serie dei formulari E 303/0, E 303/1, E 303/2, E 303/3, E 303/4 per la parte che l'interessa ; l'istituzione stessa conserva per sé l'E 303/0 e consegna il resto della serie, compreso l'E 303/5, al disoccupato ; oppure, se del caso, trasmette i suddetti formulari all'istituzione competente per la disoccupazione del luogo in cui il disoccupato è *in cerca di lavoro*.

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, 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 ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; GB = Regno Unito.

(2) In Italia e nei Paesi Bassi è necessaria inoltre una domanda di prestazioni all'istituzione per l'assicurazione contro la disoccupazione tramite l'ufficio di collocamento.

(3) A norma della legislazione italiana un'occupazione è considerata non occasionale quando supera i cinque giorni ; a norma delle legislazioni olandese, belga e del Regno Unito quando dura almeno un'intera giornata lavorativa.

(4) Questo rifiuto non comporta la sospensione delle prestazioni, ove l'attestato sia stato emesso da una istituzione danese.

(5) Oppure quando il disoccupato benefici di una rendita o pensione di vecchiaia o invalidità, se l'attestato è rilasciato da una istituzione tedesca o lussemburghese

(6) 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 disoccupato cerca un'occupazione (Reg. 574/72, art. 83.1).

1	Disoccupato		Numero di matricola: .....
1.1	Cognome	Nomi	Cognome da nubile
	.....	.....	.....
1.2	Data di nascita	Luogo di nascita	Cittadinanza
	.....	.....	.....

2 Il disoccupato ha diritto alle prestazioni di disoccupazione qualora si trovi nelle condizioni previste dall'art. 69 del Reg. 1408/71 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.

4 Il 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

4.2 Importo giornaliero della prestazione:

..... netto, di cui maggiorazione familiare: ..... netto,
e, dal .....
..... netto, di cui maggiorazione familiare: ..... netto.

4.3 Importo settimanale delle prestazioni di disoccupazione: ..... netto.

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 disoccupato accetti una occupazione non occasionale (3) o inizi un'attività indipendente;

5.2 — quando il disoccupato benefici di un guadagno occasionale derivante da una occupazione non contemplata al punto precedente (in tal caso, la prestazione viene sospesa per il numero di giornate lavorative che danno diritto al guadagno suindicato);

5.3 — quando il disoccupato rifiuti un'offerta di lavoro o non aderisca ad una convocazione dell'ufficio di collocamento;

5.4 — quando il disoccupato rifiuti di sottoporsi a misure di riqualificazione professionale o si astenga dal parteciparvi (4);

5.5 — quando il disoccupato non si sottoponga o non si sottoponga più al controllo;

5.6 — quando il disoccupato sia permanentemente inabile al lavoro (5);

5.7 — quando il disoccupato sia temporaneamente inabile al lavoro (in tal caso, le prestazioni vengono sospese, fintantoché il disoccupato non si iscriva nuovamente);

5.8 — quando il disoccupato non sia o non sia più a disposizione dell'ufficio di collocamento;

5.9 — quando diminuisca il numero dei familiari che danno diritto alle maggiorazioni familiari o qualcuno di essi benefici di redditi di cui al formulario E 302. In tal caso, le prestazioni devono essere erogate, previa deduzione delle maggiorazioni familiari.

6	Istituzione che rilascia il formulario
6.1	Denominazione: .....
6.2	Indirizzo (6): .....
	.....
6.3	Timbro
6.4	Data: .....
6.5	Firma .....

E 303/1

AVVERTENZE

L'istituzione competente dell'ultimo paese di occupazione compila la serie dei formulari E 303/0, E 303/1, E 303/2, E 303/3, E 303/4 per la parte che l'interessa ; l'istituzione stessa conserva per sé l'E 303/0 e consegna il resto della serie, compreso l'E 303/5, al disoccupato ; oppure, se del caso, trasmette i suddetti formulari all'istituzione competente per la disoccupazione del luogo in cui il disoccupato è in cerca di lavoro.

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, 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 ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; GB = Regno Unito.

(2) In Italia e nei Paesi Bassi è necessaria inoltre una domanda di prestazioni all'istituzione per l'assicurazione contro la disoccupazione tramite l'ufficio di collocamento.

(3) A norma della legislazione italiana un'occupazione è considerata non occasionale quando supera i cinque giorni ; a norma delle legislazioni olandese, belga e del Regno Unito quando dura almeno un'intera giornata lavorativa.

(4) Questo rifiuto non comporta la sospensione delle prestazioni, ove l'attestato sia stato emesso da una istituzione danese.

(5) Oppure quando il disoccupato benefici di una rendita o pensione di vecchiaia o invalidità, se l'attestato è rilasciato da una istituzione tedesca o lussemburghese

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

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

E 303/2 [ ] (1)

ATTESTATO RELATIVO ALLA CONSERVAZIONE DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI DI DISOCCUPAZIONE

Reg. 1408/71 : art. 69
Reg. 574/72 : art. 26.2 ; art. 83.1, 2 e 3 ; art. 97

Da inviare all'istituzione competente, per comunicarle l'avvenuta iscrizione del disoccupato e l'inizio dell'erogazione delle prestazioni (Reg. 574/72 : art. 83.3).

1 Disoccupato Numero di matricola: .....

1.1	Cognome	Nomi	Cognome da nubile
	.....	.....	.....
1.2	Data di nascita	Luogo di nascita	Cittadinanza
	.....	.....	.....

2 Il disoccupato ha diritto alle prestazioni di disoccupazione qualora si trovi nelle condizioni previste dall'art. 69 del Reg. 1408/71 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.

4 Il 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

4.2 Importo giornaliero della prestazione:

..... netto, di cui maggiorazione familiare: ..... netto,

e, dal .....

..... netto, di cui maggiorazione familiare: ..... netto.

4.3 Importo settimanale delle prestazioni di disoccupazione: ..... netto.

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 disoccupato accetti una occupazione non occasionale (3) o inizi un'attività indipendente;

5.2 — quando il disoccupato benefici di un guadagno occasionale derivante da una occupazione non contemplata al punto precedente (in tal caso, la prestazione viene sospesa per il numero di giornate lavorative che danno diritto al guadagno suindicato);

5.3 — quando il disoccupato rifiuti un'offerta di lavoro o non aderisca ad una convocazione dell'ufficio di collocamento;

5.4 — quando il disoccupato rifiuti di sottoporsi a misure di riqualificazione professionale o si astenga dal parteciparvi (4);

5.5 — quando il disoccupato non si sottoponga o non si sottoponga più al controllo;

5.6 — quando il disoccupato sia permanentemente inabile al lavoro (5);

5.7 — quando il disoccupato sia temporaneamente inabile al lavoro (in tal caso, le prestazioni vengono sospese, fintantoché il disoccupato non si iscriva nuovamente);

5.8 — quando il disoccupato non sia o non sia più a disposizione dell'ufficio di collocamento;

5.9 — quando diminuisca il numero dei familiari che danno diritto alle maggiorazioni familiari o qualcuno di essi benefici di redditi di cui al formulario E 302. In tal caso, le prestazioni devono essere erogate, previa deduzione delle maggiorazioni familiari.

6 Istituzione che rilascia il formulario

6.1 Denominazione: .....

6.2 Indirizzo (6): .....

.....

Da compilare 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 disoccupato in cerca di occupazione il

.....

7.2 e beneficia delle prestazioni di disoccupazione dal

.....

8 Istituzione del paese in cui il disoccupato cerca un'occupazione

8.1 Denominazione: .....

8.2 Indirizzo ([6]): .....

.....

8.3 Timbro

8.4 Data: .....

8.5 Firma

.....

AVVERTENZE

L'istituzione competente dell'ultimo paese di occupazione compila la serie dei formulari E 303/0, E 303/1, E 303/2, E 303/3, E 303/4 per la parte che l'interessa ; l'istituzione stessa conserva per sé l'E 303/0 e consegna il resto della serie, compreso l'E 303/5, al disoccupato ; oppure, se del caso, trasmette i suddetti formulari all'istituzione competente per la disoccupazione del luogo in cui il disoccupato è in cerca di lavoro.

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, 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 ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; GB = Regno Unito.

([2]) In Italia e nei Paesi Bassi è necessaria inoltre una domanda di prestazioni all'istituzione per l'assicurazione contro la disoccupazione tramite l'ufficio di collocamento.

([3]) A norma della legislazione italiana un'occupazione è considerata non occasionale quando supera i cinque giorni ; a norma delle legislazioni olandese, belga e del Regno Unito quando dura almeno un'intera giornata lavorativa.

([4]) Questo rifiuto non comporta la sospensione delle prestazioni, ove l'attestato sia stato emesso da una istituzione danese.

([5]) Oppure quando il disoccupato benefici di una rendita o pensione di vecchiaia o invalidità, se l'attestato è rilasciato da una istituzione tedesca o lussemburghese.

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

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

E 303/3 ☐ (1)

ATTESTATO RELATIVO ALLA CONSERVAZIONE DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI DI DISOCCUPAZIONE

Reg. 1408/71 : art. 69
Reg. 574/72 : art. 26.2 ; art. 83.1, 2 e 3 ; art. 97

Il presente formulario è destinato all'istituzione di assicurazione malattia del luogo in cui il disoccupato cerca un'occupazione (Reg. 574/72 : art. 26.2).

1 Disoccupato Numero di matricola: .....

1.1	Cognome	Nomi	Cognome da nubile
	.....	.....	.....
1.2	Data di nascita	Luogo di nascita	Cittadinanza
	.....	.....	.....

2 Il disoccupato ha diritto alle prestazioni di disoccupazione qualora si trovi nelle condizioni previste dall'art. 69 del Reg. 1408/71 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.

4 Il 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

4.2 Importo giornaliero della prestazione:

..... netto, di cui maggiorazione familiare: ..... netto,

e, dal

..... netto, di cui maggiorazione familiare: ..... netto.

4.3 Importo settimanale delle prestazioni di disoccupazione: ..... netto.

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 disoccupato accetti una occupazione non occasionale (3) o inizi un'attività indipendente;

5.2 — quando il disoccupato benefici di un guadagno occasionale derivante da una occupazione non contemplata al punto precedente (in tal caso, la prestazione viene sospesa per il numero di giornate lavorative che danno diritto al guadagno suindicato);

5.3 — quando il disoccupato rifiuti un'offerta di lavoro o non aderisca ad una convocazione dell'ufficio di collocamento;

5.4 — quando il disoccupato rifiuti di sottoporsi a misure di riqualificazione professionale o si astenga dal parteciparvi (4);

5.5 — quando il disoccupato non si sottoponga o non si sottoponga più al controllo;

5.6 — quando il disoccupato sia permanentemente inabile al lavoro (5);

5.7 — quando il disoccupato sia temporaneamente inabile al lavoro (in tal caso, le prestazioni vengono sospese, fintantoché il disoccupato non si iscriva nuovamente);

5.8 — quando il disoccupato non sia o non sia più a disposizione dell'ufficio di collocamento;

5.9 — quando diminuisca il numero dei familiari che danno diritto alle maggiorazioni familiari o qualcuno di essi benefici di redditi di cui al formulario E 302. In tal caso, le prestazioni devono essere erogate, previa deduzione delle maggiorazioni familiari.

6 Istituzione che rilascia il formulario

6.1 Denominazione: .....

6.2 Indirizzo (6): .....

.....

E 303/3

Da compilare 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 disoccupato in cerca di occupazione il

.....

7.2 e beneficia delle prestazioni di disoccupazione dal

.....

8 Istituzione del paese in cui il disoccupato cerca un'occupazione

8.1 Denominazione: .....

8.2 Indirizzo ([6]): .....

.....

8.3 Timbro

8.4 Data: .....

8.5 Firma

.....

AVVERTENZE

L'istituzione competente dell'ultimo paese di occupazione compila la serie dei formulari E 303/0, E 303/1, E 303/2, E 303/3, E 303/4 per la parte che l'interessa ; l'istituzione stessa conserva per sé l'E 303/0 e consegna il resto della serie, compreso l'E 303/5, al disoccupato ; oppure, se del caso, trasmette i suddetti formulari all'istituzione competente per la disoccupazione del luogo in cui il disoccupato è in cerca di lavoro.

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, 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 ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; GB = Regno Unito.

([2]) In Italia e nei Paesi Bassi è necessaria inoltre una domanda di prestazioni all'istituzione per l'assicurazione contro la disoccupazione tramite l'ufficio di collocamento.

([3]) A norma della legislazione italiana un'occupazione è considerata non occasionale quando supera i cinque giorni ; a norma delle legislazioni olandese, belga e del Regno Unito quando dura almeno un'intera giornata lavorativa.

([4]) Questo rifiuto non comporta la sospensione delle prestazioni, ove l'attestato sia stato emesso da una istituzione danese.

([5]) Oppure quando il disoccupato benefici di una rendita o pensione di vecchiaia o invalidità, se l'attestato è rilasciato da una istituzione tedesca o lussemburghese

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

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

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 Disoccupato Numero di matricola: .....

1.1	Cognome	Nomi	Cognome da nubile
	.....	.....	.....
1.2	Data di nascita	Luogo di nascita	Cittadinanza
	.....	.....	.....

2 Il disoccupato ha diritto alle prestazioni di disoccupazione qualora si trovi nelle condizioni previste dall'art. 69 del Reg. 1408/71 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.

4 Il 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

4.2 Importo giornaliero della prestazione:

..... netto, di cui maggiorazione familiare: ..... netto,

e, dal

..... netto, di cui maggiorazione familiare: ..... netto.

4.3 Importo settimanale delle prestazioni di disoccupazione: ..... netto.

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 disoccupato accetti una occupazione non occasionale (3) o inizi un'attività indipendente;

5.2 — quando il disoccupato benefici di un guadagno occasionale derivante da una occupazione non contemplata al punto precedente (in tal caso, la prestazione viene sospesa per il numero di giornate lavorative che danno diritto al guadagno suindicato);

5.3 — quando il disoccupato rifiuti un'offerta di lavoro o non aderisca ad una convocazione dell'ufficio di collocamento;

5.4 — quando il disoccupato rifiuti di sottoporsi a misure di riqualificazione professionale o si astenga dal parteciparvi (4);

5.5 — quando il disoccupato non si sottoponga o non si sottoponga più al controllo;

5.6 — quando il disoccupato sia permanentemente inabile al lavoro (5);

5.7 — quando il disoccupato sia temporaneamente inabile al lavoro (in tal caso, le prestazioni vengono sospese, fintantoché il disoccupato non si iscriva nuovamente);

5.8 — quando il disoccupato non sia o non sia più a disposizione dell'ufficio di collocamento;

5.9 — quando diminuisca il numero dei familiari che danno diritto alle maggiorazioni familiari o qualcuno di essi benefici di redditi di cui al formulario E 302. In tal caso, le prestazioni devono essere erogate, previa deduzione delle maggiorazioni familiari.

6 Istituzione che rilascia il formulario

6.1 Denominazione: .....

6.2 Indirizzo (6): .....

.....

Da compilare dall'istituzione del paese in cui il disoccupato cerca una occupazione

7 In base al presente attestato sono stati erogati al disoccupato i seguenti importi:

Periodo 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 dei pagamenti

.....

.....

8 Istituzione del paese in cui il disoccupato cerca un'occupazione

8.1 Denominazione: .....

8.2 Indirizzo (6): .....

.....

8.3 Timbro

8.4 Data: .....

8.5 Firma

.....

AVVERTENZE

L'istituzione competente dell'ultimo paese di occupazione compila la serie dei formulari E 303/0, E 303/1, E 303/2, E 303/3, E 303/4 per la parte che l'interessa ; l'istituzione stessa conserva per sé l'E 303/0 e consegna il resto della serie, compreso l'E 303/5, al disoccupato ; oppure se del caso, trasmette i suddetti formulari all'istituzione competente per la disoccupazione del luogo in cui il disoccupato è in cerca di lavoro.

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, 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 ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; GB = Regno Unito.

(2) In Italia e nei Paesi Bassi è necessaria un'ulteriore iscrizione (domanda di prestazioni) presso l'istituzione per l'assicurazione contro la disoccupazione tramite l'ufficio di collocamento.

(3) A norma della legislazione italiana un'occupazione è considerata non occasionale quando supera i cinque giorni ; a norma delle legislazioni olandese, belga e del Regno Unito quando dura almeno un'intera giornata lavorativa.

(4) Questo rifiuto non comporta la sospensione delle prestazioni, ove l'attestato sia stato emesso da una istituzione danese.

(5) Oppure quando il disoccupato benefici di una rendita o pensione di vecchiaia o invalidità se l'attestato è rilasciato da una istituzione tedesca o lussemburghese.

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

(7) Valuta dello Stato che rilascia l'E 303.

(8) Valuta dello Stato in cui il disoccupato cerca lavoro.

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

Prima della partenza,

l'interessato dovrà accertarsi di poter usufruire delle prestazioni dell'assicurazione malattia e maternità, per sé e per i propri familiari, anche durante il periodo in cui cerca un lavoro.

L'interessato dovrà pertanto presentarsi alla sede dell'istituto previdenziale presso il quale è o è stato assicurato da ultimo. Presentando il formulario E 303, rilasciato dall'ente per l'assicurazione contro la disoccupazione, l'ente di assicurazione malattia e maternità gli rilascia una dichiarazione sul formulario « E 119 ». In caso di malattia e maternità tale dichiarazione dovrà essere esibita all'istituto previdenziale del paese in cui l'interessato cerca un'occupazione.

Appena arrivato

nella località dove cerca un'occupazione, l'interessato dovrà presentarsi immediatamente all'Ufficio di collocamento (1) ; in Italia e nei Paesi Bassi presenterà anche domanda intesa ad ottenere l'indennità di disoccupazione agli uffici incaricati dell'erogazione di tali prestazioni (1), allegando gli esemplari del formulario E 303 in suo possesso ad eccezione dell'E 303/5, che conserva.

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.

---

(1) Gli uffici sono in:
Belgio: gli uffici locali dell' « Office national de l'emploi » (Ufficio nazionale del lavoro) ;
Danimarca : il locale « Arbejdsformidlingskontor » (Ufficio di collocamento) ;
Germania : l'« Arbeitsamt » (Ufficio del lavoro) ;
Francia : la locale « Agence locale de l'emploi » (Ufficio del lavoro) ;
Irlanda : il più vicino « Local office of the Department of social Welfare » (Ufficio locale del Ministero della previdenza sociale) ;
Italia : l'Ufficio di collocamento e la sede provinciale dell'INPS;
Lussemburgo: l'Administration de l'emploi (Ufficio del lavoro) ;
Paesi Bassi : il « Gewestelijk Arbeidsbureau » (Ufficio regionale del lavoro), l'Ufficio distrettuale del « Gemeenschappelijk Administratiekantoor » (Ufficio amministrativo comune) ;
Regno Unito : il locale « Employment exchange » (Ufficio di collocamento).

E 303/5

Da compilare a cura dell'ufficio di collocamento del paese in cui il disoccupato cerca lavoro

1 Disoccupato

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

1.2 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 disoccupato cerca lavoro

4.1 Denominazione: .....

4.2 Indirizzo: .....

.....

4.3 Timbro

4.4 Data: .....

4.5 Firma

.....

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

E 401 ☐ (1)

ATTESTATO CONCERNENTE LA COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA PER LA CONCESSIONE DELLE PRESTAZIONI FAMILIARI

Reg. 1408/71: art. 73.1 ; art. 74.1
Reg. 574/72 : art. 86.2 ; art. 88

Allegare il presente formulario ad una domanda da inviare all'istituzione competente per le prestazioni familiari.

1 Lavoratore

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

1.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

1.3 Stato civile ☐ celibe ☐ coniugato ☐ vedovo ☐ divorziato ☐ separato

1.4 Indirizzo nel paese di residenza dei familiari (2): .....

.....

2 Coniuge

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

2.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

2.3 Professione: .....

2.4 Indirizzo (2): .....

.....

3 Familiari diversi dal coniuge

Cognome	Nomi	Data di nascita	Rapporto di parentela (3)	Luogo di residenza (4)	Professione
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

3.1 Osservazioni: .....

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 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.: .....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso deve essere compilato nella lingua dell'organismo designato al quadro 5

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila il formulario : B = Belgio ; DK = Danimarca ; D = Germania ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; GB = Regno Unito.

(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
B = figlio legittimato
C = figlio adottivo
D = figlio naturale (quando la dichiarazione è compilata per un lavoratore di sesso maschile, si menzionino i figli naturali soltanto se ne è stata ufficialmente riconosciuta la paternità o l'obbligo alla corresponsione degli alimenti da parte del lavoratore stesso)
E = figlio del coniuge che fa parte del nucleo familiare del lavoratore
F = nipoti, fratelli e sorelle che l'interessato ha accolto nel nucleo familiare
G = altri figli che fanno parte del nucleo familiare allo stesso titolo dei figli del lavoratore (minore assistito)
Gli altri rapporti di parentela (ad esempio : nonno) devono essere scritti per esteso. Se un figlio è coniugato, lo si indichi al punto 3.1 « Osservazioni ».

(4) Qualora il recapito di uno dei figli non fosse quello indicato alla voce 2.4, indicarne l'indirizzo nel seguente quadro :

Cognome e nomi : .....

Indirizzo (2) : .....

.....

(5) 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.
Nel Regno Unito, il « Department of Health and Social Security – Overseas Branch » (Ministero della sanità e dei servizi sociali – Servizio internazionale), Newcaslte-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
Reg. 574/72 : art. 86 ; art. 88

A. Domanda di attestato

Da compilare dall'istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari ; se è destinato ad una istituzione belga, si alleghi un formulario « E 402 allegato ».

1 Lavoratore che fa richiesta di prestazioni familiari o persona che li rivendica ad altro titolo

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

1.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

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

2 Dati concernenti l'allievo o lo studente

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

2.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso .....

2.3 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
.....

B. Attestato

Da compilare dall'istituto (scuola o istituto d'insegnamento superiore o universitario) ed inviare all'istituzione menzionata al quadro 3.

4

4.1 La persona di cui al quadro 2 frequenta il seguente istituto di insegnamento 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 insegnamento 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 ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; GB = Regno Unito.
([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 d'insegnamento scolastico elementare o medio.

E 402 Allegato ☐ (1)

Da compilare se la richiesta di prestationi familiari deve essere presentata ad un'istituzione belga.

1 Insegnamento impartito nell'istituto (che non sia d'insegnamento superiore od universitario)

1.1 Su quante mezze giornate settimanali sono suddivisi i corsi?
mezze giornate ..... ore .....

1.2 I corsi ☐ sono impartiti ☐ non ono 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,
(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
le ore di esercizi pratici impartite 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 superiore od universitario

2.1 ☐ Si tratta ☐ Non si tratta di un programma di studi a tempo completo.

2.2 I corsi seguiti ☐ permettono ☐ non permettono
di conseguire un titolo accademico od un diploma.

2.3 I corsi di cui alla voce 2.2
☐ 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 Indicare i periodi di vacanza:
— Vacanze di Natale: dal ..... al .....
— Vacanze di Pasqua: dal ..... al .....
— Vacanze estive: dal ..... al .....

3 Scuola o istituto d'insegnamento superiore od universitario

3.1 Denominazione: .....
.....

3.2 Indirizzo (2): .....
.....

3.3 Timbro

3.4 Data: .....

3.5 Firma
.....

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
Reg. 574/72 : art. 86 ; art. 88

A. Domanda di attestato

Da compilare dall'istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari.

1 Lavoratore che fa richiesta di prestazioni familiari o persona che le rivendica ad altro titolo

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

1.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

1.3 Indirizzo nel paese di residenza dell'apprendista (2): .....
.....

2 Apprendista

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

2.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso .....

2.3 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 compilare dall'imprenditore o dall'incaricato dell'addestramento professionale e da inviare all'organismo incaricato del controllo dell'addestramento stesso che lo trasmetterà all'istituzione di cui al riquadro 3.

4 Informazioni relative all'addestramento professionale

4.1 L'apprendista, indicato alla pagina precedente, ci è 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 suddette, 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 ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; GB = Regno Unito.

(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 ; 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 2

E 404 [ ] (1)

CERTIFICATO MEDICO PER LA CONCESSIONE DELLE PRESTAZIONI FAMILIARI

Reg. 1408/71 : art. 73.1 e 3 ; art. 74.1
Reg. 574/72 : art. 86 ; art. 88

A. Domanda

Da compilare dall'istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari.

1 Lavoratore che fa richiesta di prestazioni familiari o persona che le rivendica ad altro titolo

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

1.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

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

2 Persona per la quale si rilascia il certificato medico

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

2.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso .....

2.3 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
.....

B. Certificato

Da compilare dal 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 la 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: .....

5.4 Firma
.....

AVVERTENZE

Il presente formulario deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate, nella lingua del medico che redige il certificato

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A del formulario : B = Belgio ; DK = Danimarca ; D = Germania ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; GB = Regno Unito.

(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. 10.2 ; art. 85.2 e 3

Il presente attestato è rilasciato a richiesta dell'interessato. L'istituzione competente, se del caso, si rivolge per ottenerlo all'istituzione da cui dipendeva il lavoratore in precedenza.

A. Da compilare dall'istituzione competente per la concessione delle prestazioni o assegni familiari, dalla quale dipende il lavoratore.

1 Lavoratore

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

1.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

1.3 Stato civile ☐ celibe ☐ coniugato ☐ vedovo ☐ divorziato ☐ separato

1.4 Indirizzo (2): .....

2 Persona che deve ricevere le prestazioni o assegni familiari

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

2.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

2.3 Indirizzo (2): .....

3 Istituzione da cui dipendeva il lavoratore in precedenza

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 il lavoratore

5.1 Denominazione: .....

5.2 Indirizzo (2): .....

5.3 Riferimento della pratica: n. .....

5.4 Timbro

5.5 Data: .....

5.6 Firma .....

B. Da compilare dall'istituzione competente per la concessione delle prestazioni o assegni familiari da cui dipendeva il lavoratore in precedenza.

6

6.1 Si certifica che il lavoratore di cui al quadro 1
6.2 ha compiuto ..... giornate di lavoro, dal ..... al .....
6.3 in (3) .....
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 il lavoratore in precedenza

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 ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; GB = Regno Unito.
(2) Via, numero, codice postale, località, paese.
(3) 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 SOGGETTO ALLA LEGISLAZIONE FRANCESE, LA CUI FAMIGLIA RISIEDE IN UNO STATO MEMBRO DIVERSO DALLA FRANCIA

Reg. 1408/71 : art. 73.2 ; art. 75.2.b ; art. 76
Reg. 574/72 : art. 87.1

La presente domanda, redatta in duplice copia, in triplice copia se i familiari risiedono in Italia (2), va trasmessa dal lavoratore direttamente all'istituzione francese per gli assegni familiari, dalla quale dipende per la sua attività.

1 Lavoratore

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

1.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

1.3 Indirizzo in Francia (3): .....

.....

1.4 Attività professionale (4): .....

1.5 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 ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

2.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

2.3 Rapporto di parentela con il lavoratore: .....

2.4 Denominazione se si tratta di persona giuridica: .....

2.5 Indirizzo (3): .....

.....

2.6 Data: .....

2.7 Firma

.....

2.8 Denominazione ed indirizzo dell'istituzione che deve erogare gli assegni familiari alla famiglia nel luogo in cui essa risiede (3):

.....

.....

3 Familiari a carico

	3.1 Cognome	3.2 Nomi	3.3 Data di nascita
1)	.....	.....	.....
2)	.....	.....	.....
3)	.....	.....	.....
4)	.....	.....	.....
5)	.....	.....	.....
6)	.....	.....	.....
7)	.....	.....	.....
8)	.....	.....	.....
9)	.....	.....	.....

	3.4 Rapporto di parentela	3.5 Luogo di residenza	3.6 Osservazioni
1)	([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)

Nn. 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

.....

E 406 **F**

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 ☐ 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 suddette, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione

Istruzioni per l'assicurato

Il lavoratore soggetto alla legislazione francese ed il disoccupato che beneficia di prestazioni di disoccupazione a carico della Francia hanno diritto per i familiari, che risiedono in uno Stato membro diverso dalla Francia, agli assegni familiari previsti dalla legislazione del paese in cui risiedono i suddetti familiari. Detti assegni sono corrisposti dall'istituzione del luogo di residenza dei familiari sulla base dell'attestato E 407 rilasciato dall'istituzione francese competente per gli assegni familiari.

NOTE

(1) Sigla del paese alla cui legislazione è soggetto il lavoratore : F = Francia.

(2) Per le istituzioni italiane si alleghi all'E 407 copia dell'E 406.

(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.

(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 delle attività artigianali e agricole.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

E 407 **F** (1)

ATTESTATO DEI PERIODI DI OCCUPAZIONE O DI DISOCCUPAZIONE INDENNIZZATI IN FRANCIA PER LA CONCESSIONE DEGLI ASSEGNI FAMILIARI AI FAMILIARI DI UN LAVORATORE O DI UN 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 o al disoccupato oppure, se del caso, all'istituzione del luogo di residenza dei familiari. Il lavoratore o il disoccupato invia l'attestato ai suoi familiari, affinché questi ultimi lo presentino all'istituzione del loro luogo di residenza. Ove i familiari risiedano in Irlanda o nel Regno Unito, si invii direttamente l'attestato all'istituzione di questi paesi competenti 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 ☐ Lavoratore stagionale ☐ Disoccupato N. d'identificazione: .....

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

1.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

1.3 Indirizzo (2): .....

2 Persona fisica o giuridica che deve riscuotere gli assegni familiari

2.1 Cognome e nomi o denominazione ..... Sesso ..... Cognome da nubile .....

2.2 Indirizzo (2): .....

3 Istituzione del luogo di residenza della famiglia N. di matricola .....

3.1 Denominazione: .....

3.2 Indirizzo (2): .....

4 Attestato dei diritti

La persona di cui al quadro 1

4.1 ☐ ha ottemperato, in Francia, alle condizioni previste 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 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.

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

.....

E 407 | F

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Ove il formulario debba essere inviato alle istituzioni italiane, si alleghi all'E 407 copia dell'E 406

NOTE

(1) Sigla del paese dell'istituzione che compila il formulario: F = Francia.
(2) 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
Reg. 574/72 : art. 87.1 ; art. 87.7, secondo capoverso ; art. 89.2

Questa domanda di informazioni può essere inoltrata in qualsiasi momento dall'istituzione del luogo di residenza dei familiari all'istituzione francese da cui dipende il lavoratore.

A. Da compilare dall'istituzione del luogo di residenza dei familiari.

1 ☐ Lavoratore ☐ Lavoratore stagionale ☐ Disoccupato

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

1.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

1.3 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 ..... Nomi ..... Sesso .....

3.2 Indirizzo (2): .....
.....

4 Richiesta di informazioni

4.1 Attestato dei periodi di occupazione (reg. 574/72: art. 87.1) effettuati
dal ..... al ..... :
.....
.....

4.2 Altre informazioni relative al diritto agli assegni del lavoratore (reg. 574/72: art. 87.7)
.....
.....

5 Istituzione del luogo di residenza dei familiari

5.1 Denominazione: .....

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

5.3 Timbro

5.4 Data: .....

5.5 Firma
.....

B. Da compilare dall'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 ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; GB = Regno Unito.

(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 A TITOLO DI UN'ATTIVITÀ ESPLETATA NEL PAESE DI RESIDENZA DELLA FAMIGLIA

Reg. 1408/71 : art. 73.2
Reg. 574/72 : art. 87.1 ; art. 87.7, terzo capoverso

Questa domanda di informazioni è utilizzata dall'istituzione francese competente per controllare, se del caso, la dichiarazione del capo famiglia, secondo la quale non esiste alcun diritto ad assegni familiari a titolo di un'attività professionale nel paese di residenza dei familiari. Si alleghi copia dell'E 406.

A. Da compilare dall'istituzione francese competente per gli assegni familiari.

1 ☐ Lavoratore ☐ Lavoratore stagionale ☐ Disoccupato

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

1.2 Data di nascita ..... Luogo di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

1.3 Indirizzo in Francia (2): .....

.....

1.4 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 compilare dall'istituzione competente per gli assegni familiari del luogo di residenza dei familiari.

4 Informazioni richieste

4.1 ☐ Un diritto è aperto ☐ Nessun diritto è aperto a titolo di un'attività professionale nel paese di residenza dei familiari.

4.2 È aperto 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

.....

E 409 F

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.
(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 7 ; art. 98.2

L'istituzione francese competente per gli assegni familiari compila il formulario e lo trasmette all'istituzione del luogo di residenza dei familiari

1 All'istituzione competente per gli assegni familiari

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (2): .....

.....

1.3 Riferimento: E 407 del .....

2 ☐ Lavoratore ☐ Lavoratore stagionale ☐ Disoccupato

2.1 Cognome	Nomi		Cognome da nubile
.....	.....		.....
2.2 Luogo di nascita	**Data di nascita**	**Sesso**	**Cittadinanza**
.....	.....	.....	.....

2.3 Indirizzo in Francia (2): .....

.....

3

3.1 La persona sopraindicata

3.2 ☐ non ottempera alle condizioni previste relative all'attività professionale per beneficiare degli assegni familiari

nel corso del mese di ..... (art. 87.7 del reg. 574/72)

3.3 ☐ 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. 87.7 del reg. 574/72)

4 Istituzione competente francese

4.1 Denominazione: .....

4.2 Indirizzo (2): .....

.....

4.3 Timbro

4.4 Data: .....

4.5 Firma

.....

E 410 F

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.
(3) Da compilare se il formulario è trasmesso ad una istituzione del Regno Unito.
(4) Indicare lo Stato.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale

Leggere le avvertenze a pagina 2

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. 10.1

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 (Numero del fascicolo (2): .....

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

1.2 Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso ..... Cittadinanza .....

1.3 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 ..... Nomi ..... Cognome da nubile .....

2.2 Indirizzo (3): .....
.....

2.3 Rapporto di parentela con i familiari indicati al quadro 3:
.....

2.4 Periodo per il quale è richiesta l'informazione: .....

3 Familiari

	Cognomi	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

.....

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 ; F = Francia ; IRL = Irlanda ; I = Italia ; L = Lussemburgo ; NL = Paesi Bassi ; GB = Regno Unito.

([2]) Riservato all'istituzione emittente.

([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
B = figlio legittimato
C = figlio adottivo
D = figlio naturale (quando la dichiarazione è compilata per un lavoratore di sesso maschile, si menzionino i figli naturali soltanto se ne è stata ufficialmente riconosciuta la paternità o l'obbligo alla corresponsione degli alimenti da parte del lavoratore stesso)
E = figlio del coniuge che fa parte del nucleo familiare del lavoratore
F = nipoti, fratelli e sorelle che l'interessato ha accolto nel nucleo familiare
G = 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. Se un figlio è coniugato, lo si indichi al punto 3.1 « Osservazioni ».

([5]) Qualora il recapito di uno dei figli non fosse quello indicato alla voce 2.2, indicarne l'indirizzo nel seguente quadro :

Cognome e nomi : .....

.....

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

.....