COMMISSIONE

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

DECISIONE N. 166

del 2 ottobre 1997

relativa alla modifica da apportare ai formulari E 106 ed E 109

(Testo rilevante ai fini del SEE)

(98/441/CE)

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

visto l'articolo 81, lettera a), del regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio, del 14 giugno 1971, relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori dipendenti, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, in virtù del quale essa è incaricata di affrontare qualsiasi problema amministrativo derivante dalle disposizioni del regolamento (CEE) n. 1408/71 e regolamenti successivi,

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

vista la decisione n. 153 del 7 ottobre 1993, relativa ai modelli di formulari necessari all'applicazione dei regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72 del Consiglio (E 001, E 103-E 127),

considerando che il regolamento (CEE) n. 3095/95 del Consiglio, del 22 dicembre 1995, ha modificato il regolamento (CEE) n. 574/72, articoli 17, paragrafo 2, e 30, paragrafo 1, limitando ad un anno la durata di validità dei formulari E 106 ed E 109 rilasciati dalle istituzioni tedesche, italiane o portoghesi;

considerando, di conseguenza, che occorre adeguare i formulari E 106 ed E 109;

considerando che l'accordo sullo Spazio economico europeo del 2 maggio 1992, integrato dal protocollo del 17 marzo 1993, allegato VI, mette in atto i regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72 nello Spazio economico europeo;

considerando che, con decisione del Comitato misto del SEE, i modelli di formulari necessari all'applicazione dei regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72 saranno adeguati e utilizzati nello Spazio economico europeo;

considerando che, per motivi pratici, è opportuno utilizzare formulari identici nella Comunità e nello Spazio economico europeo;

considerando che la lingua di emissione dei formulari costituisce oggetto della raccomandazione n. 15 della Commissione amministrativa,

DECIDE:

1. I modelli di formulari E 106 ed E 109, riprodotti nella decisione n. 153 del 7 ottobre 1993, sono sostituiti dai modelli allegati.

2. Le autorità competenti degli Stati membri metteranno a disposizione degli interessati (aventi diritto, istituzioni, datori di lavoro, ecc.) i formulari secondo i modelli allegati. Tuttavia, l'introduzione di nuovi modelli di formulari non pregiudica la validità dei modelli già stabiliti.

3. Ciascun formulario è disponibile nelle lingue ufficiali della Comunità e presentato in modo tale che le varie versioni siano perfettamente sovrapponibili per consentire a ciascun destinatario (aventi diritto, istituzione, datore di lavoro, ecc.) di ricevere il formulario stampato nella sua lingua nazionale.

4. La presente decisione è pubblicata nella *Gazzetta ufficiale delle Comunità europee* ed entra in vigore a partire dal 1° gennaio 1998.

Georges SCHROEDER

Il presidente della Commissione amministrativa

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale SEE (*)

Vedi istruzioni a pagina 3

E 106 ☐ (1)

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

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

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

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

A. **Notifica del diritto**

1. Istituzione del luogo di residenza (2)

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

2. ☐ Lavoratore subordinato ☐ Lavoratore frontaliero (subordinato)
☐ Lavoratore autonomo ☐ Lavoratore frontaliero (autonomo)
☐ Disoccupato

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

3. Familiare (4)

3.1. Cognome (3 bis)
.....
3.2. Nomi Cognomi precedenti (3 bis) Data di nascita
....
3.3. Indirizzo nel paese di residenza (3): .....
.....

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

6. Tale diritto si protrae

6.1. ☐ fino a quando non sia stato notificato l'annullamento del presente attestato
6.2. ☐ per un anno dalla data specificata al punto 5 (6)
6.3. ☐ fino al ..... compreso (7)

7. Istituzione competente per la malattia-maternità

7.1. Denominazione: ..... Numero di codice (7 bis): .....

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

.....

7.3. Timbro

7.4. Data: .....

7.5. Firma

.....

8. Istituzione competente per gli infortuni (8) (8 bis) (10)

8.1. Denominazione: ..... Numero di codice (7 bis): .....

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

.....

8.3. Timbro

8.4. Data: .....

8.5. Firma

.....

B. **Notifica dell'iscrizione** (9)

9.

9.1. ☐ il lavoratore indicato al quadro 2 con i familiari

9.2. ☐ i familiari del disoccupato indicato al quadro 2

9.3. ☐ sono stati iscritti presso la sottoscritta istituzione dal .....

9.4. ☐ non sono stati iscritti presso la sottoscritta istituzione per il seguente motivo:

.....

10. Familiari iscritti

	10.1. Cognome (3 bis)	Nomi	Sesso F	Sesso M	Cognomi precedenti	Data di nascita
10.2.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.3.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.4.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.5.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.6.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.7.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.8.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.9.	.....	.....	☐	☐	.....	.....

11. Istituzione del luogo di residenza

11.1. Denominazione: .....

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

.....

11.3. Timbro

11.4. Data: .....

11.5. Firma

.....

E 106

ISTRUZIONI

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

Avvertenze per la persona assicurata

a) Il presente formulario dà diritto, a voi e ai vostri familiari, a percepire le prestazioni in natura dell'assicurazione malattia-maternità. Se siete disoccupati, il presente formulario non vi riguarda ma si riferisce unicamente ai vostri familiari che risiedono in uno Stato membro diveso da quello in cui siete assicurati.

b) I due esemplari di formulario in vostro possesso devono essere presentati al più presto all'istituto di assicurazione malattia e maternità del luogo in cui risiedete. Se siete disoccupato, il formulario dev'essere consegnato dai vostri familiari all'istituto di assicurazione malattia-maternità del luogo in cui essi risiedono.

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

in **Belgio,** l'organismo scelto da voi («mutualité»);

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

in **Germania** la «Krankenkasse» (cassa di malattia), scelta dall'interessato;

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

in **Spagna** la «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Direzione provinciale dell'istituto nazionale della sicurezza sociale) del luogo di residenza. Se avete bisogno di prestazioni, potete rivolgervi al servizio medico e ospedaliero del sistema sanitario coperto dalle assicurazioni sociali spagnole. Dovrete allegare al formulario una fotocopia;

in **Francia,** la «Caisse primaire d'assurance maladie» (cassa primaria di assicurazione malattia); se si è contrassegnata la casella del punto 2.5, la «Société de secours minière» (società di soccorso minerario);

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

in **Italia,** in linea di massima, l'unità sanitaria locale (USL) competente per il territorio; per i marittimi e il personale navigante dell'avviazione civile, il ministero della sanità, ufficio di sanità marittima o aerea;

in **Lussemburgo,** la «Caisse maladie des ouvriers» (cassa malattia degli operai);

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

in **Austria,** la «Gebietskrankenkasse» (cassa malattia regionale), competente per il vostro luogo di residenza;

in **Portogallo, per il continente:** il «Centro Regional de Segurança Social» (centro regionale della sicurezza sociale) del luogo di residenza; per **Madera:** la «Direcção Regional de Segurança Social» (direzione regionale della sicurezza sociale) a Funchal; **per le Azzorre:** la «Direcção Regional de Segurança Social» (direzione regionale della sicurezza sociale) a Angrado Heroísmo;

in **Finlandia,** l'ufficio locale del «kansaneläkelaitos» (istituzione di sicurezza sociale);

in **Svezia,** il «försäkringskassan» (ufficio della sicurezza sociale) del luogo di residenza;

nel **Regno Unito,** il «Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate» (ministero della Sicurezza sociale, reparto prestazioni, servizio internazionale), Newcastle-Upon-Tyne, oppure il «Northern Ireland Social Security Agency Overseas Branch» (ente per la sicurezza sociale dell'Irlanda del Nord, servizio internazionale), Belfast, secondo i casi;

in **Islanda,** il «Tryggingastofnun rikisins» (istituzione statale di sicurezza sociale), Reykjavik;

in **Liechtenstein,** l'«Amt für Volkswirtschaft» (ufficio dell'economia nazionale), Vaduz;

in **Norvegia,** il «lokale Trygdekontor» (ufficio assicurativo locale) del luogo di residenza.

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

e) Voi o i vostri familiari siete tenuti ad informare l'istituzione alla quale il formulario è stato presentato di qualsiasi cambiamento avvenuto nella vostra situazione che possa modificare il diritto alle prestazioni in natura, in particolare: l'abbandono, il mutamento, la ripresa dell'occupazione, oppure qualsiasi trasferimento di residenza o di dimora vostra o dei vostri familiari.

NOTE

(*) SEE — Accordo sullo Spazio economico europeo, allegato VI, sicurezza sociale. Ai fini di questo accordo, il presente modulo si applica anche all'Islanda, al Liechtenstein e alla Norvegia.

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

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

(2 bis) Indicare, se noto.

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

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

(3 ter) Per i cittadini italiani, indicare, se possibile, il numero di assicurazione e/o il codice fiscale.

(4) Da compilare solo se lo stampato riguarda i familiari di un disoccupato. In questo caso indicare un solo familiare per consentire una loro registrazione, in quanto i familiari beneficiari aventi diritto alle prestazioni sono determinati dalla legislazione del paese di residenza.

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

(6) Se lo stampato è rilasciato da un'istituzione tedesca, francese, italiana o portoghese.

(7) Se lo stampato è rilasciato da un'istituzione francese di lavoratori autonomi o da un'istituzione greca o britannica per i lavoratori subordinati o autonomi.

(7 bis) Indicare, se esiste.

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

(8 bis) Se il modulo è completato da un'istituzione del Liechtenstein, si dovrà inserire il nome dell'assicuratore competente per gli infortuni sul lavoro.

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

(10) Qualora il Liechtenstein sia lo Stato competente, il costo delle prestazioni in natura relative ad un infortunio del lavoratore avvenuto non sul luogo di lavoro è sostenuto dall'istituzione assicurativa degli infortuni indicata nella casella 8.

COMUNITÀ EUROPEE
Regolamenti di sicurezza sociale SEE (*)

Vedi istruzioni a pagina 3

E 109 ☐ (1)

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

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

L'istituzione competente compila la parte A del formulario e ne consegna due copie al lavoratore oppure le invia, 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 Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate Newcastle-Upon-Tyne. L'istituzione del luogo di residenza — ricevute le copie citate — compila la parte B del formulario e ne restituisce un esemplare all'istituzione competente. Nel caso in cui i familiari risiedano in paesi diversi, si compila un attestato distinto per ciascuno dei paesi stessi.

A. **Notifica del diritto**

1. Istituzione del luogo di residenza (2)

1.1. Denominazione:
.....

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

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

2. ☐ Lavoratore subordinato ☐ Lavoratore autonomo
☐ Lavoratore stagionale subordinato ☐ Lavoratore frontaliero

2.1. Cognome (3 bis)
.....

2.2. Nomi ..... Cognomi precedenti (3 bis) ..... Data di nascita .....

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

2.4. Numero di identificazione (3 ter) .....

2.5. Il lavoratore ☐ è ☐ non è un lavoratore delle miniere o di un'impresa assimilata

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

3. Familiare (4)

3.1. Cognome (3 bis)
.....

3.2. Nomi ..... Cognomi precedenti ..... Data di nascita .....

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

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

5. Questo diritto decorre dal .....

6. e si protrae

6.1. ☐ fino a quando non sia stato notificato l'annullamento del presente attestato
6.2 ☐ per un anno dalla data specificata al punto 5 (6)
6.3. ☐ sino alla fine del lavoro stagionale prevista e cioè
6.4. ☐ fino al (7) ..... incluso

7. Istituzione competente

7.1. Denominazione: ..... Numero di codice ([7 bis]): .....

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

.....

7.3. Timbro

7.4. Data: .....

7.5. Firma

.....

B. **Notifica dell'iscrizione** ([8])

8. ☐ ([9])

8.1. I familiari del lavoratore di cui al quadro 2 non sono stati 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 ha cura dei figli esercita un'attività professionale nel nostro paese ([10])

8.5. ☐ non è stato presentato lo stato di famiglia richiesto

8.6. ☐ ([11]) .....

9. ☐ ([9])

9.1 Sono stati iscritti i seguenti familiari del lavoratore indicato al quadro 2

	Cognome ([3 bis])	Nomi	Sesso F	Sesso M	Data di nascita	Numero di identificazione
9.3.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
9.4.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
9.5.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
9.6.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
9.7.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
9.8.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
9.9.	.....	.....	☐	☐	.....	.....

9.10. L'onere delle citate prestazioni è a vostro carico, la data di decorrenza per il conteggio dei forfait di cui all'articolo 94 del regolamento 574/72 è il .....

10. Istituzione del luogo di residenza

10.1. Denominazione: .....

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

.....

10.3. Timbro

10.4. Data: .....

10.5. Firma

.....

E 109

ISTRUZIONI

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

Avvertenze per il lavoratore

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

b) Le due copie del presente formulario — 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 ove 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**, la «Krankenkasse» (cassa di malattia), scelta dall'interessato;

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

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

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

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

in **Italia**, in linea di massima, all'unità sanitaria locale (USL) competente per il territorio;

in **Lussemburgo**, alla «Caisse de maladie des ouvriers» (cassa malattia degli operai);

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

in **Austria**, alla «Gebietskrankenkasse» (cassa malattia regionale), competente per il vostro luogo di residenza;

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

in **Finlandia**, all'ufficio locale del «kansaneläkelaitos» (istituzione di sicurezza sociale);

in **Svezia**, al «försäkringkassan» (ufficio della sicurezza sociale) del luogo di residenza;

in **Islanda**, al «Tryggingastofnun rikisin» (istituzione statale di sicurezza sociale), Reykjavik;

nel **Liechtenstein**, all'«Amt für Volkswirtschaft» (ufficio dell'economia nazionale), Vaduz;

in **Norvegia**, al «lokale Trygdekontor» (ufficio assicurativo locale) del luogo di residenza.

c) Il presente formulario è valido dalla data indicata al punto 5 del medesimo e per la durata segnalata al quadro 6 del medesimo, in corrispondenza del quadratino contrassegnato con una X.

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

NOTE

(*) SEE — Accordo sullo Spazio economico europeo, allegato VI, sicurezza sociale. Ai fini di questo accordo, il presente formulario si applica anche all'Islanda, al Liechtenstein e alla Norvegia.

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A del formulario: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; A = Austria; P = Portogallo; FIN = Finlandia; S = Svezia; GB = Regno Unito; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia.

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

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

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

(3 ter) Per i cittadini italiani, indicare, se possibile, il numero di assicurazione e/o il codice fiscale.

(4) Indicare un solo familiare.

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

(6) Se il formulario è rilasciato da un'istituzione tedesca, francese, italiana o portoghese.

(7) Se il formulario è rilasciato da un'istituzione francese di lavoratori autonomi o da un'istituzione greca o britannica di lavoratori subordinati o autonomi.

(7 bis) Indicare, se esiste.

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

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

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

(11) Altri motivi.