

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. 38.1 ; art. 64
Reg. 574/72 : art. 6.2 ; art. 16 ; art. 39.1 e 2 ; art. 79

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

Parte A

1. Istituzione destinataria

1.1 Denominazione :

1.2 Indirizzo ⁽²⁾ :

.....

.....

2. Assicurato

2.1 Cognome ^(2 bis)

2.2 Nomi Cognomi precedenti ^(2 bis) Data di nascita

2.3 Numero di matricola :

2.4 A decorrere dalla data indicata al punto 3.1, l'assicurato ha esercitato un'attività
 subordinata autonoma in ⁽³⁾

2.5 Nome o ragione sociale dell'ultimo datore di lavoro
 Ultima attività autonoma esercitata
.....
Indirizzo ⁽²⁾ :

2.6 Datori di lavoro precedenti ⁽⁴⁾ Attività autonome precedenti
[nome o ragione sociale e indirizzo ⁽²⁾]

.....

.....

.....

.....

3. Per dare seguito ad una domanda presentata dalla persona soprannominata si prega di comunicare i periodi di assicurazione, di occupazione o di residenza che

3.1 a decorrere dal

3.2 la persona stessa ha compiuto, in forza della legislazione di codesto Stato, per il rischio di :
 malattia- maternità ⁽⁵⁾ morte (assegno) tubercolosi
 invalidità ^(5 ter)

4. Istituzione competente

4.1 Denominazione : Numero di codice ^(5 bis)

4.2 Indirizzo ⁽²⁾ :

.....

4.3 Timbro 4.4 Data

..... 4.5 Firma

.....

Parte B

5. Assicurato ⁽⁶⁾5.1 Cognome ^(2 bis)

.....

5.2 Nomi

Cognomi precedenti ^(2 bis)

Data di nascita

.....

5.3 Numero di matricola :

6. Le persone indicata

 al quadro 2 al quadro 5

6.1 è assicurata contro il rischio di malattia-maternità dalla data citata al punto 3.1

 ^(8 ter)

6.2 ha compiuto

 nel corso degli ultimi 3 anni ⁽⁸⁾ nel corso degli ultimi 5 anni ^(8 bis) dal

7. I seguenti periodi di assicurazione o di occupazione, per le prestazioni seguenti :

 ^{(5) (7)}7.1 dal al ⁽⁹⁾ per ⁽¹⁰⁾ il rischio ⁽¹¹⁾7.2 dal al ⁽⁹⁾ per ⁽¹⁰⁾ il rischio ⁽¹¹⁾7.3 dal al ⁽⁹⁾ per ⁽¹⁰⁾ il rischio ⁽¹¹⁾7.4 dal al ⁽⁹⁾ per ⁽¹⁰⁾ il rischio ⁽¹¹⁾7.5 dal al ⁽⁹⁾ per ⁽¹⁰⁾ il rischio ⁽¹¹⁾7.6 dal al ⁽⁹⁾ per ⁽¹⁰⁾ il rischio ⁽¹¹⁾7.7 dal al ⁽⁹⁾ per ⁽¹⁰⁾ il rischio ⁽¹¹⁾7.8 dal al ⁽⁹⁾ per ⁽¹⁰⁾ il rischio ⁽¹¹⁾7.9 dal al ⁽⁹⁾ per ⁽¹⁰⁾ il rischio ⁽¹¹⁾7.10 dal al ⁽⁹⁾ per ⁽¹⁰⁾ il rischio ⁽¹¹⁾

8. I seguenti periodi di residenza :

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

9. Istituzione designata dall'autorità competente

9.1 Denominazione :

9.2 Indirizzo ⁽²⁾ :

.....

9.3 Timbro

9.4 Data :

9.5 Firma

.....

ISTRUZIONI

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

NOTE

- (*) Accordo SEE sullo spazio economico europeo, Allegato VI, sicurezza sociale: conformemente a questo accordo il presente formulario è valido anche per l'Islanda, il Liechtenstein e la Norvegia. Questo formulario non è tuttavia valido per quanto riguarda le relazioni tra gli Stati membri della Comunità europea, da un lato, e l'Islanda, la Norvegia o il Liechtenstein, dall'altro, in caso di distacco di un cittadino svizzero.
- (**) Accordo tra la Comunità europea e i suoi Stati membri, da un lato, e la Confederazione svizzera, dall'altro, sulla libera circolazione delle persone, Allegato II, Coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale: conformemente a questo accordo il presente formulario è valido anche per la Svizzera. Questo formulario non è tuttavia valido per quanto riguarda le relazioni tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in caso di distacco di un cittadino dell'Islanda, della Norvegia o del Liechtenstein.
- (1) Indicare la sigla del paese di occupazione del lavoratore: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito; A = Austria ; FIN = Finlandia ; IS = Islanda ; FL = Liechtenstein ; N = Norvegia ; S = Svezia ; CH = Svizzera.
- (2) Via, numero, codice postale, località, paese.
- (2 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) Indicare lo Stato.
- (4) Compilare se possibile.
- (5) Unicamente se l'istituzione destinataria è belga, greca, francese, del Liechtenstein o svizzera indicare il rischio mediante le sigle seguenti:
N = prestazioni in natura; E = prestazioni in denaro.
- (5 bis) Indicare se esiste.
- (5 ter) Per le istituzioni francesi.
- (6) Da compilare solo nel caso in cui lo stampato venga consegnato direttamente all'interessato.
- (7) Se l'attestato è destinato ad una istituzione italiana, al fine di ottenere le prestazioni (in denaro) in caso di tubercolosi e se l'interessato non ha versato un anno di contributi, dovranno essere citati tutti i periodi assicurativi maturati dal medesimo.
- (8) Da compilare soltanto ove si tratti di una istituzione competente del Regno Unito.
- (8 bis) Da compilare soltanto ove si tratti di una istituzione competente irlandese.
- (8 ter) Da compilare soltanto ove si tratti di una istituzione competente belga.
- (9) Se l'attestato è destinato a un'istituzione greca, indicare se si tratta di periodi di attività subordinata o autonoma, utilizzando il codice seguente : D = subordinata ; I = autonoma.
Se l'attestato è destinato ad un'istituzione tedesca o lussemburghese, indicare i periodi assicurativi nella sezione 7, utilizzando i seguenti codici: P = assicurazione obbligatoria, F = assicurazione volontaria.
- (10) Indicare il rischio previsto utilizzando il seguente codice:
A = malattia e maternità ; B = morte (assegno) ; C = tubercolosi ; O = invalidità.
- (11) Se l'istituzione competente è un'istituzione tedesca, del Regno Unito o austriaca, riportare una X nel quadratino, sempreché il periodo di assicurazione o di residenza corrisponda ad un effettivo periodo di occupazione e precisare la natura dell'attività subordinata o autonoma:
-