

**2. Interessato**

2.1 Interessato\*

2.1.1 Cognome/i\* [155].....

2.1.2 Nome/i\* [155].....

2.1.3 Data di nascita\* [DD/MM/YYYY].....

2.1.4 Sesso

 F M Non noto

2.1.5 Cognome/i alla nascita [155].....

2.1.6 Nome/i alla nascita [155].....

2.1.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

 Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale (PIN)

2.1.7.1 Numero identificazione personale presso l'istituzione mittente [65].....

2.1.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria [65].....

2.1.8 Se non si dispone del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

 Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale

2.1.8.1 Luogo di nascita [155].....

2.1.8.2 Cognome del padre alla nascita [155].....

2.1.8.3 Cognome della madre alla nascita [155].....

2.1.8.4 Nome del padre [155].....

2.1.8.5 Nome della madre [155].....

2.2 Informazioni supplementari sull'interessato

2.2.1 Nazionalità [list ISO3166-1-alpha-2 code].....

**3. Indirizzo (della persona per la quale è rilasciato un documento attestante il diritto alla prestazione)**

3.1 Via [155].....  
 3.2 Città [65].....  
 3.3 Codice postale [25].....  
 3.4 Regione [65].....  
 3.5 Stato [list ISO3166-1-alpha-2 code].....

**4. Status (della persona per la quale è rilasciato un documento attestante il diritto alla prestazione)**

- Lavoratore  
 Familiare del lavoratore  
 Lavoratore frontaliero  
 Family member of frontier worker  
 Pensionato  
 Familiare di pensionato  
 Persona non attiva  
 Familiare di persona non attiva  
 Richiedente una pensione

Si prega di compilare le voci che seguono se "Status (della persona per la quale è rilasciato un documento attestante il diritto alla prestazione)" = "Familiare del lavoratore" o "Status (della persona per la quale è rilasciato un documento attestante il diritto alla prestazione)" = "Family member of frontier worker" o "Status (della persona per la quale è rilasciato un documento attestante il diritto alla prestazione)" = "Familiare di pensionato" o "Status (della persona per la quale è rilasciato un documento attestante il diritto alla prestazione)" = "Familiare di persona non attiva" :

**5. Familiare**

5.1 Cognome [155].....  
 5.2 Nome/i [155].....  
 5.3 Data di nascita [DD/MM/YYYY].....  
 5.4 Sesso  
 F  
 M  
 Non noto  
 5.5 Cognome alla nascita [155].....

**6. Informazioni sul diritto alla prestazione**

6.1 Decorrenza/Termine del diritto alla prestazione  
 6.1.1 Data di inizio [DD/MM/YYYY].....  
 6.1.2 Data finale [DD/MM/YYYY].....  
 6.2 Numero d'identificazione della tessera [integer].....

**7. Informazioni sull'assenza di diritto alla prestazione**

- Non assicurato in questo Stato membro dal  
 Non ha diritto a prestazioni di malattia da parte di questo Stato membro  
 Altri motivi  
 Non noto in questa situazione

Si prega di compilare le voci che seguono se "Informazioni sull'assenza di diritto alla prestazione" = "Non assicurato in questo Stato membro dal" :

**8. Non assicurato dal**

8.1 Data [DD/MM/YYYY].....

Si prega di compilare le voci che seguono se "Informazioni sull'assenza di diritto alla prestazione" = "Altri motivi" :

**9. Altri motivi**

9.1 Motivo [500].....

**Firma dell'istituzione mittente:**

Data [DD/MM/YYYY].....

Firma Timbro

La commissione amministrativa  
per il coordinamento  
dei sistemi di sicurezza sociale



## Contestazione sulla data

<b>Numero di allegati:</b>	[integer].....
<b>Data dell'invio:</b>	[DD/MM/YYYY].....

<b>Istituzione mittente:</b>	
Codice paese*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Codice istituzione*	[25].....
Denominazione dell'istituzione*	[155].....
Viat	[155].....
Città	[65].....
Codice postale	[25].....
Regione	[65].....
Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefono	[65].....
Fax	[65].....
E-mail	[255].....
<b>Istituzione destinataria:</b>	
Codice paese*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Codice istituzione*	[25].....
Denominazione dell'istituzione*	[155].....
Viat	[155].....
Città	[65].....
Codice postale	[25].....
Regione	[65].....
Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefono	[65].....
Fax	[65].....
E-mail	[255].....

<b>1. Numeri della pratica</b>	
1.1 Numero della pratica presso l'istituzione mittente	[65].....
1.2 Numero della pratica presso l'istituzione destinataria	[65].....

**2. Interessato**

2.1 Interessato\*

2.1.1 Cognome/i\* [155].....

2.1.2 Nome/i\* [155].....

2.1.3 Data di nascita\* [DD/MM/YYYY].....

2.1.4 Sesso

 F M Non noto

2.1.5 Cognome/i alla nascita [155].....

2.1.6 Nome/i alla nascita [155].....

2.1.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

 Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale (PIN)

2.1.7.1 Numero identificazione personale presso l'istituzione mittente [65].....

2.1.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria [65].....

2.1.8 Se non si dispone del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

 Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale

2.1.8.1 Luogo di nascita [155].....

2.1.8.2 Cognome del padre alla nascita [155].....

2.1.8.3 Cognome della madre alla nascita [155].....

2.1.8.4 Nome del padre [155].....

2.1.8.5 Nome della madre [155].....

2.2 Informazioni supplementari sull'interessato

2.2.1 Nazionalità [list ISO3166-1-alpha-2 code].....

Se il presente documento riguarda un familiare, compilare le voci che seguono

**3. Familiare**

3.1 Cognome/i\* [155].....

3.2 Nome/i\* [155].....

3.3 Data di nascita\* [DD/MM/YYYY].....

3.4 Sesso

 F M Non noto

3.5 Cognome/i alla nascita [155].....

3.6 Nome/i alla nascita [155].....

3.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale (PIN)

3.7.1 Numero identificazione personale presso l'istituzione mittente [65].....

3.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria [65].....

3.8 Se non si dispone del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale

3.8.1 Luogo di nascita [155].....

3.8.2 Cognome del padre alla nascita [155].....

3.8.3 Cognome della madre alla nascita [155].....

3.8.4 Nome del padre [155].....

3.8.5 Nome della madre [155].....

#### 4. Dati originari

4.1 Vostro SED S [25].....

4.2 Dal [DD/MM/YYYY].....

4.3 Data di inizio indicata dalla vostra istituzione [DD/MM/YYYY].....

4.4 Termine indicato dalla vostra istituzione [DD/MM/YYYY].....

#### 5. Nostro parere

5.1 Data di inizio [DD/MM/YYYY].....

5.2 Termine [DD/MM/YYYY].....

#### 6. Motivo

6.1 Motivo [500].....

#### Firma dell'istituzione mittente:

Data [DD/MM/YYYY].....

Firma Timbro

La commissione amministrativa  
per il coordinamento  
dei sistemi di sicurezza sociale



### Richiesta quote rimborso - dimora

*Articoli 19, 20 e 27 del regolamento (CE) n. 883/2004; articoli 25 e 26 del regolamento (CE) n. 987/2009*

<b>Numero di allegati:</b>	[integer].....
<b>Data dell'invio:</b>	[DD/MM/YYYY].....

<b>Istituzione mittente:</b>	
Codice paese*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Codice istituzione*	[25].....
Denominazione dell'istituzione*	[155].....
Viat	[155].....
Città	[65].....
Codice postale	[25].....
Regione	[65].....
Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefono	[65].....
Fax	[65].....
E-mail	[255].....
<b>Istituzione destinataria:</b>	
Codice paese*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Codice istituzione*	[25].....
Denominazione dell'istituzione*	[155].....
Viat	[155].....
Città	[65].....
Codice postale	[25].....
Regione	[65].....
Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefono	[65].....
Fax	[65].....
E-mail	[255].....

<b>1. Numeri della pratica</b>	
1.1 Numero della pratica presso l'istituzione mittente	[65].....
1.2 Numero della pratica presso l'istituzione destinataria	[65].....

<b>2. Interessato</b>	
2.1 Interessato*	
2.1.1 Cognome/i*	[155].....
2.1.2 Nome/i*	[155].....
2.1.3 Data di nascita*	[DD/MM/YYYY].....
2.1.4 Sesso	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Non noto
2.1.5 Cognome/i alla nascita	[155].....
2.1.6 Nome/i alla nascita	[155].....
.....	
2.1.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:	
<input type="checkbox"/> Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale (PIN)	
2.1.7.1 Numero identificazione personale presso l'istituzione mittente	[65].....
2.1.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria	[65].....
.....	
2.1.8 Se non si dispone del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:	
<input type="checkbox"/> Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale	
2.1.8.1 Luogo di nascita	[155].....
2.1.8.2 Cognome del padre alla nascita	[155].....
2.1.8.3 Cognome della madre alla nascita	[155].....
2.1.8.4 Nome del padre	[155].....
2.1.8.5 Nome della madre	[155].....
2.2 Informazioni supplementari sull'interessato	
2.2.1 Nazionalità	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....

<b>3. Informazioni sulle cure</b>	
3.1 Le cure sono state prestate a (nome della città)	[65].....
3.2 Numero fatture allegate*	[integer].....
3.3 Tipo di cure*	<input type="checkbox"/> Cure necessarie <input type="checkbox"/> Cure programmate

<b>Firma dell'istituzione mittente:</b>	
Data	[DD/MM/YYYY].....
Firma	Timbro

La commissione amministrativa  
per il coordinamento  
dei sistemi di sicurezza sociale



## Risposta a richiesta informazioni su quote rimborso - dimora

Articoli 19, 20 e 27 del regolamento (CE) n. 883/2004; articoli 25 e 26 del regolamento (CE) n. 987/2009

<b>Numero di allegati:</b>	[integer].....
<b>Data dell'invio:</b>	[DD/MM/YYYY].....

<b>Istituzione mittente:</b>	
Codice paese*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Codice istituzione*	[25].....
Denominazione dell'istituzione*	[155].....
Viat	[155].....
Città	[65].....
Codice postale	[25].....
Regione	[65].....
Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefono	[65].....
Fax	[65].....
E-mail	[255].....
<b>Istituzione destinataria:</b>	
Codice paese*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Codice istituzione*	[25].....
Denominazione dell'istituzione*	[155].....
Viat	[155].....
Città	[65].....
Codice postale	[25].....
Regione	[65].....
Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefono	[65].....
Fax	[65].....
E-mail	[255].....

<b>1. Numeri della pratica</b>	
1.1 Numero della pratica presso l'istituzione mittente	[65].....
1.2 Numero della pratica presso l'istituzione destinataria	[65].....

<b>2. Interessato</b>	
2.1 Interessato*	
2.1.1 Cognome/i*	[155].....
2.1.2 Nome/i*	[155].....
2.1.3 Data di nascita*	[DD/MM/YYYY].....
2.1.4 Sesso	
	<input type="checkbox"/> F
	<input type="checkbox"/> M

	<input type="checkbox"/> Non noto
2.1.5 Cognome/i alla nascita	[155].....
2.1.6 Nome/i alla nascita	[155].....
.....	
2.1.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:	
<input type="checkbox"/> Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale (PIN)	
2.1.7.1 Numero identificazione personale presso l'istituzione mittente	[65].....
2.1.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria	[65].....
.....	
2.1.8 Se non si dispone del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:	
<input type="checkbox"/> Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale	
2.1.8.1 Luogo di nascita	[155].....
2.1.8.2 Cognome del padre alla nascita	[155].....
2.1.8.3 Cognome della madre alla nascita	[155].....
2.1.8.4 Nome del padre	[155].....
2.1.8.5 Nome della madre	[155].....
2.2 Informazioni supplementari sull'interessato	
2.2.1 Nazionalità	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....

**3. Informazioni supplementari**

3.1 Tipo di cure*	<input type="checkbox"/> Cure necessarie
	<input type="checkbox"/> Cure programmate
3.2 Informazioni su rimborso costi*	<input type="checkbox"/> Sì
	<input type="checkbox"/> No
Si prega di compilare le voci che seguono se "Informazioni su rimborso costi" = "Sì" :	
3.3 Importo	
3.3.1 Importo	[decimal].....
3.3.2 Valuta	[From Currency list].....
3.4 Condizioni tariffarie rimborso	[decimal].....
3.5 Informazioni supplementari sul rimborso	[255].....

**Firma dell'istituzione mittente:**

Data	[DD/MM/YYYY].....
Firma	Timbro

La commissione amministrativa  
per il coordinamento  
dei sistemi di sicurezza sociale



## Richiesta documento attestante il diritto alla prestazione - residenza

Articoli 17, 22, 24, 25 e 26 del regolamento (CE) n. 883/2004; articolo 24 del regolamento (CE) n. 987/2009

<b>Numero di allegati:</b>	[integer].....
<b>Data dell'invio:</b>	[DD/MM/YYYY].....

<b>Istituzione mittente:</b>	
Codice paese*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Codice istituzione*	[25].....
Denominazione dell'istituzione*	[155].....
Viat	[155].....
Città	[65].....
Codice postale	[25].....
Regione	[65].....
Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefono	[65].....
Fax	[65].....
E-mail	[255].....
<b>Istituzione destinataria:</b>	
Codice paese*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Codice istituzione*	[25].....
Denominazione dell'istituzione*	[155].....
Viat	[155].....
Città	[65].....
Codice postale	[25].....
Regione	[65].....
Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefono	[65].....
Fax	[65].....
E-mail	[255].....

<b>1. Numeri della pratica</b>	
1.1 Numero della pratica presso l'istituzione mittente	[65].....
1.2 Numero della pratica presso l'istituzione destinataria	[65].....

**2. Interessato**

2.1 Interessato\*

2.1.1 Cognome/i\* [155].....

2.1.2 Nome/i\* [155].....

2.1.3 Data di nascita\* [DD/MM/YYYY].....

2.1.4 Sesso

 F M Non noto

2.1.5 Cognome/i alla nascita [155].....

2.1.6 Nome/i alla nascita [155].....

2.1.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

 Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale

2.1.7.1 Numero identificazione personale presso l'istituzione mittente [65].....

2.1.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria [65].....

2.1.8 Se non disponete del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

 Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale

2.1.8.1 Luogo di nascita [155].....

2.1.8.2 Cognome del padre alla nascita [155].....

2.1.8.3 Cognome della madre alla nascita [155].....

2.1.8.4 Nome del padre [155].....

2.1.8.5 Nome della madre [155].....

2.2 Informazioni supplementari sull'interessato

2.2.1 Cittadinanza [list ISO3166-1-alpha-2 code].....

**3. Indirizzo (della persona per la quale è richiesto un documento attestante il diritto alla prestazione)**

3.1 Indirizzo

3.1.1 Via [155].....

3.1.2 Città [65].....

3.1.3 Codice postale [25].....

3.1.4 Regione [65].....

3.1.5 Paese [list ISO3166-1-alpha-2 code].....

3.2 Residenza in questo paese dal [DD/MM/YYYY].....

**4. Status (della persona per la quale è richiesto un documento attestante il diritto alla prestazione)**

- Lavoratore dipendente o autonomo
- Familiare del lavoratore dipendente o autonomo
- Lavoratore frontaliero
- Familiare del lavoratore frontaliero
- Ex lavoratore frontaliero
- Pensionato
- Familiare di pensionato
- Persona non attiva
- Richiedente una pensione

Si prega di compilare le voci che seguono se "Status (della persona per la quale è richiesto un documento attestante il diritto alla prestazione)" = "Pensionato" o " Status (della persona per la quale è richiesto un documento attestante il diritto alla prestazione) = "Richiedente una pensione" :

**5. Istituzione pensionistica**

- 5.1 Codice paese [list ISO3166-1-alpha-2 code].....
- 5.2 Codice istituzione [25].....
- 5.3 Denominazione dell'istituzione [155].....

Si prega di compilare le voci che seguono se "Status (della persona per la quale è richiesto un documento attestante il diritto alla prestazione)" = "Familiare del lavoratore dipendente o autonomo" o " Status (della persona per la quale è richiesto un documento attestante il diritto alla prestazione) = "Familiare del lavoratore frontaliero" o " Status (della persona per la quale è richiesto un documento attestante il diritto alla prestazione) = "Familiare di pensionato" :

**6. Familiare**

- 6.1 Interessato\*
- 6.1.1 Cognome/i\* [155].....
- 6.1.2 Nome/i\* [155].....
- 6.1.3 Data di nascita\* [DD/MM/YYYY].....
- 6.1.4 Sesso
- F
  - M
  - Non noto
- 6.1.5 Cognome/i alla nascita [155].....
- 6.1.6 Nome/i alla nascita [155].....

6.1.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale

- 6.1.7.1 Numero identificazione personale presso l'istituzione mittente [65].....
- 6.1.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria [65].....

6.1.8 Se non disponete del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale

6.1.8.1 Luogo di nascita [155].....

6.1.8.2 Cognome del padre alla nascita [155].....

6.1.8.3 Cognome della madre alla nascita [155].....

6.1.8.4 Nome del padre [155].....

6.1.8.5 Nome della madre [155].....

6.2 Informazioni supplementari sull'interessato

6.2.1 Cittadinanza [list ISO3166-1-alpha-2 code].....

#### 7. Decorrenza/Termine iscrizione

7.1 Decorrenza\* [DD/MM/YYYY].....

7.2 Termine [DD/MM/YYYY].....

#### Firma dell'istituzione mittente:

Data [DD/MM/YYYY].....

Firma Timbro

La commissione amministrativa  
per il coordinamento  
dei sistemi di sicurezza sociale



## Documento attestante il diritto alla prestazione - residenza

Articoli 17, 22, 24, 25 e 26 del regolamento (CE) n. 883/2004; articolo 24 del regolamento (CE) n. 987/2009

<b>Numero di allegati:</b>	[integer].....
<b>Data dell'invio:</b>	[DD/MM/YYYY].....

<b>Istituzione mittente:</b>	
Codice paese*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Codice istituzione*	[25].....
Denominazione dell'istituzione*	[155].....
Viat	[155].....
Città	[65].....
Codice postale	[25].....
Regione	[65].....
Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefono	[65].....
Fax	[65].....
E-mail	[255].....
<b>Istituzione destinataria:</b>	
Codice paese*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Codice istituzione*	[25].....
Denominazione dell'istituzione*	[155].....
Viat	[155].....
Città	[65].....
Codice postale	[25].....
Regione	[65].....
Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefono	[65].....
Fax	[65].....
E-mail	[255].....

<b>1. Numeri della pratica</b>	
1.1 Numero della pratica presso l'istituzione mittente	[65].....
1.2 Numero della pratica presso l'istituzione destinataria	[65].....

**2. Interessato**

2.1 Interessato\*

2.1.1 Cognome/i\* [155].....

2.1.2 Nome/i\* [155].....

2.1.3 Data di nascita\* [DD/MM/YYYY].....

2.1.4 Sesso

 F M Non noto

2.1.5 Cognome/i alla nascita [155].....

2.1.6 Nome/i alla nascita [155].....

2.1.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

 Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale

2.1.7.1 Numero identificazione personale presso l'istituzione mittente [65].....

2.1.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria [65].....

2.1.8 Se non disponete del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

 Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale

2.1.8.1 Luogo di nascita [155].....

2.1.8.2 Cognome del padre alla nascita [155].....

2.1.8.3 Cognome della madre alla nascita [155].....

2.1.8.4 Nome del padre [155].....

2.1.8.5 Nome della madre [155].....

2.2 Informazioni supplementari sull'interessato

2.2.1 Cittadinanza [list ISO3166-1-alpha-2 code].....

**3. Indirizzo dell'interessato**

3.1 Indirizzo

3.1.1 Via [155].....

3.1.2 Città [65].....

3.1.3 Codice postale [25].....

3.1.4 Regione [65].....

3.1.5 Paese [list ISO3166-1-alpha-2 code].....

3.2 Residenza in questo paese dal [DD/MM/YYYY].....

**4. Status (della persona per la quale è rilasciato un documento attestante il diritto alla prestazione)**

- Lavoratore dipendente o autonomo
- Familiare del lavoratore dipendente o autonomo
- Lavoratore frontaliero
- Familiare del lavoratore frontaliero
- Ex lavoratore frontaliero
- Pensionato
- Familiare di pensionato
- Persona non attiva
- Richiedente una pensione

Si prega di compilare le voci che seguono se "Status (della persona per la quale è rilasciato un documento attestante il diritto alla prestazione)" = "Familiare del lavoratore dipendente o autonomo" o "Status (della persona per la quale è rilasciato un documento attestante il diritto alla prestazione)" = "Familiare del lavoratore frontaliero" o "Status (della persona per la quale è rilasciato un documento attestante il diritto alla prestazione)" = "Familiare di pensionato" :

**5. Dati identificativi del familiare**

5.1 Interessato\*

5.1.1 Cognome/i\* [155].....

5.1.2 Nome/i\* [155].....

5.1.3 Data di nascita\* [DD/MM/YYYY].....

5.1.4 Sesso

- F
- M
- Non noto

5.1.5 Cognome/i alla nascita [155].....

5.1.6 Nome/i alla nascita [155].....

5.1.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale

5.1.7.1 Numero identificazione personale presso l'istituzione mittente [65].....

5.1.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria [65].....

5.1.8 Se non disponete del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale

5.1.8.1 Luogo di nascita [155].....

5.1.8.2 Cognome del padre alla nascita [155].....

5.1.8.3 Cognome della madre alla nascita [155].....

5.1.8.4 Nome del padre [155].....

5.1.8.5 Nome della madre [155].....

5.2 Informazioni supplementari sull'interessato

5.2.1 Cittadinanza [list ISO3166-1-alpha-2 code].....

**6. Decorrenza/Termine diritto alla prestazione**

6.1 Decorrenza [DD/MM/YYYY].....  
 6.2 Termine [DD/MM/YYYY].....

**7. Informazioni sull'assenza del diritto alla prestazione**

7.1 Motivo dell'assenza del diritto a prestazioni

- Non assicurato nel nostro Stato membro dal  
 Non ha diritto a prestazioni di malattia da parte del nostro Stato membro dal  
 Risiede nel nostro Stato membro dal  
 Non risiede più nel vostro Stato membro dal  
 Deceduto il  
 Assicurato in un altro paese sulla base di una  
 pensione [cfr. regolamento n. 883/2004, art. 24, par. 2, lett. b)]  
 Altri motivi

Si prega di compilare le voci che seguono se "Motivo dell'assenza del diritto a prestazioni" = "Non assicurato nel nostro Stato membro dal" o "Motivo dell'assenza del diritto a prestazioni" = "Risiede nel nostro Stato membro dal" o "Motivo dell'assenza del diritto a prestazioni" = "Non risiede più nel vostro Stato membro dal" o "Motivo dell'assenza del diritto a prestazioni" = "Assicurato in un altro paese sulla base di una pensione [cfr. regolamento n. 883/2004, art. 24, par. 2, lett. b)]" :

7.2 Data [DD/MM/YYYY].....

Si prega di compilare le voci che seguono se "Motivo dell'assenza del diritto a prestazioni" = "Deceduto il" :

7.3 Deceduto il [DD/MM/YYYY].....

Si prega di compilare le voci che seguono se "Motivo dell'assenza del diritto a prestazioni" = "Assicurato in un altro paese sulla base di una pensione [cfr. regolamento n. 883/2004, art. 24, par. 2, lett. b)]" :

7.4 Codice ISO del paese di assicurazione [list ISO3166-1-alpha-2 code].....

Si prega di compilare le voci che seguono se "Motivo dell'assenza del diritto a prestazioni" = "Altri motivi" :

7.5 Altri motivi [255].....

**Firma dell'istituzione mittente:**

Data [DD/MM/YYYY].....

Firma Timbro

La commissione amministrativa  
per il coordinamento  
dei sistemi di sicurezza sociale



### Informazioni su iscrizione/residenza

Articoli 17, 22, 24, 25 e 26 del regolamento (CE) n. 883/2004; articolo 24 del regolamento (CE) n. 987/2009

<b>Numero di allegati:</b>	[integer].....
<b>Data dell'invio:</b>	[DD/MM/YYYY].....

<b>Istituzione mittente:</b>	
Codice paese*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Codice istituzione*	[25].....
Denominazione dell'istituzione*	[155].....
Viat	[155].....
Città	[65].....
Codice postale	[25].....
Regione	[65].....
Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefono	[65].....
Fax	[65].....
E-mail	[255].....
<b>Istituzione destinataria:</b>	
Codice paese*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Codice istituzione*	[25].....
Denominazione dell'istituzione*	[155].....
Viat	[155].....
Città	[65].....
Codice postale	[25].....
Regione	[65].....
Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefono	[65].....
Fax	[65].....
E-mail	[255].....

<b>I. Numeri della pratica</b>	
1.1 Numero della pratica presso l'istituzione mittente	[65].....
1.2 Numero della pratica presso l'istituzione destinataria	[65].....

**2. Interessato\***

## 2.1 Interessato\*

2.1.1 Cognome/i\* [155].....

2.1.2 Nome/i\* [155].....

2.1.3 Data di nascita\* [DD/MM/YYYY].....

2.1.4 Sesso

 F M Non noto

2.1.5 Cognome/i alla nascita [155].....

2.1.6 Nome/i alla nascita [155].....

2.1.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

 Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale

2.1.7.1 Numero identificazione personale presso l'istituzione mittente [65].....

2.1.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria [65].....

2.1.8 Se non disponete del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

 Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale

2.1.8.1 Luogo di nascita [155].....

2.1.8.2 Cognome del padre alla nascita [155].....

2.1.8.3 Cognome della madre alla nascita [155].....

2.1.8.4 Nome del padre [155].....

2.1.8.5 Nome della madre [155].....

2.2 Informazioni supplementari sull'interessato

2.2.1 Cittadinanza [list ISO3166-1-alpha-2 code].....

**3. Indirizzo (della persona per la quale viene richiesta un'iscrizione nel paese di residenza)**

## 3.1 Indirizzo

3.1.1 Via [155].....

3.1.2 Città [65].....

3.1.3 Codice postale [25].....

3.1.4 Regione [65].....

3.1.5 Paese [list ISO3166-1-alpha-2 code].....

3.2 Residenza in questo paese dal [DD/MM/YYYY].....

**4. Situazione familiare**

- Lavoratore dipendente o autonomo  
 Familiare del lavoratore dipendente o autonomo  
 Lavoratore frontaliero  
 Familiare del lavoratore frontaliero  
 Ex lavoratore frontaliero  
 Pensionato  
 Familiare di pensionato  
 Persona non attiva  
 Richiedente una pensione

Si prega di compilare le voci che seguono se "Situazione familiare" = "Familiare del lavoratore dipendente o autonomo" o " Situazione familiare = "Familiare del lavoratore frontaliero" o " Situazione familiare = "Familiare di pensionato" :

**5. ID del familiare**

## 5.1 Interessato\*

5.1.1 Cognome/i\* [155].....

5.1.2 Nome/i\* [155].....

5.1.3 Data di nascita\* [DD/MM/YYYY].....

5.1.4 Sesso

- F  
 M  
 Non noto

5.1.5 Cognome/i alla nascita [155].....

5.1.6 Nome/i alla nascita [155].....

5.1.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale

5.1.7.1 Numero identificazione personale presso l'istituzione mittente [65].....

5.1.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria [65].....

5.1.8 Se non disponete del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale

5.1.8.1 Luogo di nascita [155].....

5.1.8.2 Cognome del padre alla nascita [155].....

5.1.8.3 Cognome della madre alla nascita [155].....

5.1.8.4 Nome del padre [155].....

5.1.8.5 Nome della madre [155].....

## 5.2 Informazioni supplementari sull'interessato

5.2.1 Cittadinanza [list ISO3166-1-alpha-2 code].....

**6. Decorrenza/Termine iscrizione**

6.1 Decorrenza [DD/MM/YYYY].....  
 6.2 Termine [DD/MM/YYYY].....

**7. Motivo**

7.1 Motivo

- Assicurato quale disoccupato nello Stato membro di residenza
- Assicurato quale pensionato nello Stato membro di residenza
- Non soddisfa i requisiti per essere considerato familiare nello Stato membro di residenza
- Non risiede in questo Stato membro
- Si è trasferito da questo Stato membro il
- Deceduto il
- Altri motivi

Si prega di compilare le voci che seguono se "Motivo" = "Assicurato quale disoccupato nello Stato membro di residenza" o "Motivo" = "Assicurato quale pensionato nello Stato membro di residenza" o "Motivo" = "Si è trasferito da questo Stato membro il" o "Motivo" = "Deceduto il" :

7.2 Data [DD/MM/YYYY].....

Si prega di compilare le voci che seguono se "Motivo" = "Altri motivi" :

7.3 Altri motivi [255].....

**Firma dell'istituzione mittente:**

Data [DD/MM/YYYY].....  
 Firma Timbro



# 7. MODELLI PER I CITTADINI CONVENZIONATI

## 7.1. Formulari per la Repubblica Argentina

I/RA 1

### CONVENZIONE TRA LA REPUBBLICA ITALIANA E LA REPUBBLICA ARGENTINA IN MATERIA DI SICUREZZA SOCIALE

#### Attestazione del diritto alle prestazioni in natura durante il soggiorno temporaneo nell'altro Stato contraente

Convenzione: Art. 11 p.2

Acc. Amm.vo: Art. 8 p. 1

N° di identificazione in Italia (1)

N° di assicurazione in Argentina

.....

#### 1. Istituzione del luogo di soggiorno temporaneo

1.1 Denominazione

.....

1.2 Indirizzo (2)

.....

1.3 Riferimento nota ..... del .....

#### 2. Titolare di pensione o rendita

2.1 Cognome

Nome

Cognome da nubile

.....

2.2 Data di nascita .....

2.3 Indirizzo nello Stato contraente competente (2)

.....

2.4 Indirizzo nel Paese di soggiorno (2)

.....

#### 3. Familiari (3)

3.1 Cognome

Nome

Cognome da  
nubile

Data di  
nascita

Grado di  
parentela

.....

.....

.....

3.2 Indirizzo nello Stato contraente competente (2) (4)

.....

3.3 Indirizzo nel Paese di soggiorno (2)

.....

## 4. Periodo di validità

4.1 La (e) persona (e) sopra indicata (e) ha (hanno) diritto alle prestazioni in natura in caso di malattia e maternità.

4.2 Le prestazioni possono essere concesse

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

## 5. Istituzione competente

5.1 Denominazione

.....

5.2 Indirizzo (2)

.....

5.3 Timbro

5.4 Data

.....

5.5 Firma

.....

**AVVERTENZE**

Il presente formulario deve essere compilato in carattere stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso deve essere esibito all'Istituzione del luogo di soggiorno e cioè:

in Italia: alla Unità sanitaria locale (ULS) competente per il territorio;

in Argentina: alla Obra Social competente per territorio.

**NOTE**

- (1) Codice fiscale, ossia il numero di iscrizione al SSN.
- (2) Via, numero civico, codice postale, località, Paese.
- (3) Indicare soltanto quei familiari che si recano temporaneamente nell'altro Stato.
- (4) Da compilare se l'indirizzo del familiare avente diritto è diverso da quello dell'assicurato.

CONVENZIONE TRA LA REPUBBLICA ITALIANA E LA REPUBBLICA ARGENTINA  
IN MATERIA DI SICUREZZA SOCIALE

Attestazione del diritto alle prestazioni in natura durante un soggiorno permanente  
nell'altro Stato contraente

Convenzione: Art. 11 p.2

Acc. Amm.vo: Art. 9

N° di identificazione in Italia (1)

N° di assicurazione in Argentina

.....

.....

PARTE A

1. Istituzione del luogo di soggiorno permanente

1.1 Denominazione	.....
1.2 Indirizzo (2)	.....
1.3 Oggetto: Riferimento nota del	.....
(3) Protocollo:	.....

2. Titolare di pensione o rendita (4)

2.1	Cognome	Nome	Cognome da nubile
	.....	.....	.....
2.2	Data di nascita .....		
2.3	Indirizzo nello Stato contraente competente (2)		
	.....		
2.4	Indirizzo nel Paese di residenza (2)		
	.....		
2.5	Data di trasferimento di residenza		
	.....		

3. (4)

3.1	(5) la persona indicata al riquadro 2
	<input type="checkbox"/> ha presentato domanda di pensione o rendita
	<input type="checkbox"/> è titolare di pensione o rendita
3.2	<input type="checkbox"/> di vecchiaia <input type="checkbox"/> di invalidità <input type="checkbox"/> ai superstiti
(5)	<input type="checkbox"/> di anzianità <input type="checkbox"/> rendita da infortunio o malattia professionale
3.3	data di presentazione della domanda .....
3.4	numero della domanda .....
3.5	data di decorrenza della pensione o rendita .....
3.6	numero della pensione o rendita .....

4. Istituzione competente a corrispondere la pensione o la rendita (4)

4.1	Denominazione	.....
4.2	Indirizzo (2)	.....
4.3	Timbro	4.4 Data
		.....
		4.5 Firma
		.....

**PARTE B**

5.

5.1	<input type="checkbox"/> la persona indicata al punto 2
5.2	<input type="checkbox"/> i familiari indicati al punto 6
	ha (hanno) diritto alle prestazioni in natura in caso di malattia e maternità
	in base alla presente attestazione le prestazioni possono essere erogate
5.3	<input type="checkbox"/> dal ..... fino al ..... incluso
5.4	<input type="checkbox"/> dal ..... fino alla revoca della presente attestazione

6. Familiari (6)

6.1	Cognome	Nome	Cognome da nubile	Data di nascita	Grado di parentela
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
6.2	Indirizzo nello Stato contraente competente (2) (7)				
.....					
6.3	Indirizzo nel Paese di residenza (2) (7)				
.....					

7. Istituzione competente per la malattia e maternità

7.1	Denominazione			
.....				
7.2	Indirizzo (2)			
.....				
7.3	Timbro		7.4	Data
.....			.....	
			7.5	Firma
			.....	
			.....	

PARTE C - CONFERMA

8. Istituzione competente

8.1	Denominazione		
.....			
8.2	Indirizzo (2)		
.....			

9. Conferma di iscrizione

9.1	<input type="checkbox"/>	la persona indicata al punto 2
	<input type="checkbox"/>	i familiari indicati al punto 6
9.2	è (sono) stata (i) iscritta a decorrere dal ..... presso la scrivente Istituzione del luogo di residenza dei suddetti.	

## 10. Conferma di non iscrizione

10.1	<input type="checkbox"/>	la persona indicata al punto 2 non è stata iscritta
10.2	<input type="checkbox"/>	perché è già assicurata contro le malattie a carico della legislazione del Paese del
(5)		luogo di residenza
	<input type="checkbox"/>	per i seguenti motivi:
		.....
		.....
		.....
10.3		I familiari indicati al punto 6 non sono stati iscritti:
10.4	<input type="checkbox"/>	perché hanno già diritto alle prestazioni secondo le norme vigenti nel Paese di
(5)		residenza.
	<input type="checkbox"/>	per i seguenti motivi:
		.....
		.....
		.....
		.....

## 11. Istituzione del luogo di residenza

11.1	Denominazione	
	.....	
11.2	Indirizzo (2)	
	.....	
11.3	Timbro	11.4 Data
		.....
		11.5 Firma
		.....

**AVVERTENZE**

Il presente formulario deve essere redatto (in duplice copia) in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate.

La parte A del Formulario viene compilata dagli Istituti erogatori della pensione o della rendita: la parte B dall'Istituzione competente per la malattia: la parte C dall'Istituzione del luogo di residenza che ne restituisce una copia all'Istituzione competente per la malattia. Esso deve essere presentato:

in Italia: alla Unità Sanitaria Locale (USL) competente per il territorio

in Argentina: alla Obra Social competente per territorio.

**NOTE**

- (1) Codice fiscale, ossia il numero di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale
- (2) Numero di codice postale, località, via, numero civico, Paese.
- (3) Da compilare soltanto se il formulario viene rilasciato su richiesta dell'Istituzione del luogo di residenza
- (4) Da compilare dall'Istituzione competente ad erogare la pensione o rendita
- (5) Contrassegnare la voce che interessa
- (6) Indicare soltanto i familiari che trasferiscono la propria residenza nell'altro Stato contraente.
- (7) Da compilare se l'indirizzo dei familiari aventi diritto, indicati al punto 6 è diverso da quello dell'assicurato.

## 7.2. Formulari per il Brasile

IB-2

**PROTOCOLO ADICIONAL AO ACORDO DE MIGRACÃO ITÁLIA-BRASIL  
CERTIFICADO DE DIREITO À ASSISTÊNCIA MÉDICA**

Artigo 6. Item 1 (Prot.Ad.)  
Arts. 20-22 (normas da aplicação)

**PROTOCOLLO AGGIUNTIVO ALL'ACCORDO DI EMIGRAZIONE ITALIA-BRASILE  
CERTIFICATO DI DIRITTO ALL'ASSISTENZA MEDICA**

Articolo 6, Cpv. 1 (Prot.Agg.)  
Art. 20-22 (norma di applicazione)

(1) ELEMENTOS RELATIVOS AO TRABALHADOR/APOSENTADO INDICAZIONI RIGUARDANTI IL LAVORATORE/PENSIONATO		
Sobrenome e nome ..... Cognome e Nome	N° do registro/ N° di iscrizione .....	
	Prazo de valididade/Periodo di validità .....	
	N° Doc. Identidade/N° Doc. Identità (2) .....	
Localidade e data do nascimento/Luogo e data di nascita .....	Estado Civil/Stato Civile .....	Nacionalidade/Nazionalità .....
Endereço/Indirizzo ..... (Localidade/Città) (rua/via) (número/numero)		

ELEMENTOS RELATIVOS AOS DEPENDENTES INDICAZIONI RIGUARDANTI I FAMILIARI			
Nome Nome	Grad de Parentesco Grado di Parentela	Data do Nascimento Data di Nascita	Prazo de Validade Periodo di Validità
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

Certifica sa qua o trabalhador/aposentado acima e seus dependentes fazem jus a prestação de Assistência Médica:

Si certifica che il lavoratore/pensionato succitato ed i suoi familiari hanno diritto alle prestazioni sanitarie:

- Por un período máximo de ..... dias e para as doenças sobrevindas no período de validade acima indicado:  
Per un periodo massimo di ..... giorni e per le malattie insorte nel periodo di validità sopraindicato:
- De ..... até quando não for recebida notificação de anulação.  
Dal ..... fino a quando non sarà ricevuta notifica di annullamento.

(Assinatura e Corimbo do Orgão)  
(Firma e Timbro dell'Organismo competente)

- Caso o inscrito principal tenha falecido o formulario deve ser colocado no nome do familiar que fenha direito.  
Qualora l'iscritto principale sia deceduto il modulo va intestato al familiare avente diritto.
- Se existir/Se esiste

### ADVERTÊNCIAS

Para obterem a assistência médica no caso de doença e maternidade, os trabalhadores, aposentados e seus familiares devese-se dirigir a:

- **No Brasil:** às entidades locais do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS);
- **Na Itália:** às sedes provinciais do Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie (INAM).

No caso de transferência de residência do aposentado ou de seus familiares, o formulário deve ser apresentado ao Órgão do local de residência em duas vias. Uma das citadas vias é restituída – como comprovante da verificada inscrição - ao Órgão que o esitiu.

### AVVERTENZE

Per ottenere le prestazioni sanitarie in caso di malattia e maternità i lavoratori, pensionati e loro familiari debbono rivolgersi a:

- **In Brasile:** agli organi locali dell'Istituto Nazionale di Assistenza Medica della Previdenza Sociale (INAMPS);
- **In Italia:** alle Sedi Provinciali dell'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie (INAM).

Nel caso di trasferimento di residenza del pensionato o dei suoi familiari il modulo deve essere presentato all'Organismo del luogo di residenza in duplice esemplare. Uno dei predetti esemplari viene restituito, a comprova dell'avvenuta iscrizione, all'Organismo che lo ha rilasciato.

**PROTOCOLO ADICIONAL AO ACORDO DE MIGRAÇÃO ITÁLIA-BRASIL  
CERTIFICADO DE DIREITO À ASSISTÊNCIA MÉDICA AOS DEPENDENTES  
QUE AO ESTADO DE ORIGEM**

Artigo 6. Item 2 (Prot.Ad.)  
Arts. 21 (Normas da aplicação)

**PROTOCOLLO AGGIUNTIVO ALL'ACCORDO DI EMIGRAZIONE ITALIA-BRASILE  
CERTIFICATO DI DIRITTO ALL'ASSISTENZA MEDICA PER I FAMILIARI  
CHE RIMANGONO NEL PAESE DI ORIGINE**

Articolo 6, Cpv. 2 (Prot. Agg.)  
Art. 21 (Norme di applicazione)

ELEMENTOS RELATIVOS AO TRABALHADOR INDICAZIONI RIGUARDANTI IL LAVORATORE		
Sobrenome e nome .....	N° do registro/ N° di iscrizione	
Cognome e Nome	.....	
	N° Doc. Identidade/N° Doc. Identità (1)	
	.....	
Localidade e data do nascimento/Luogo e data di nascita	Estado Civil/Stato Civile	Nacionalidade/Nazionalità
.....	.....	.....
Endereço/Indirizzo		
.....		
(Localidade/Città)	(rua/via)	(número/numero)

ELEMENTOS RELATIVOS AOS DEPENDENTES INDICAZIONI RIGUARDANTI I FAMILIARI			
Nome Nome	Grad de Parentesco Grado di Parentela	Data do Nascimento Data di Nascita	Prazo de Validade Periodo di Validità
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

Endereço na Itália/ no Brasil:  
Indirizzo in Italia/ in Brasile:

.....  
(Localidade/Città) (rua/via) (número/numero)

(1) Se existir/ Se esiste

Certifica sa qua o trabalhador acima mencionado se vinculou à Previdência Social do BRASIL/ITÁLIA no dia ..... de ..... de 19 ..... tenda direito as seus dependentes qua permanecem no Estrado de origem as prestações de assistência médica durante un período de 12 (doze) meses, para ad doenças sobrevindas durante o período de validade acima indicado.

Si certifica che il lavoratore succitato è soggetto all'accordo di previdenza sociale BRASILE / ITALIA dal giorno ..... del ..... del 19..... ed ha diritto per suoi familiari che rimangono nel Paese di origine all'assistenza medica per un periodo di 12 (dodici) mesi per le malattie insorte durante il periodo di validità sopra indicato.

\_\_\_\_\_

(Local e data / Luogo e data)



(Assinatura e Corimbo do Órgão)  
(Firma e Timbro dell'Organismo competente)

### ADVERTÊNCIAS

Para obterem a assistência médica em caso de doença e maternidade, os familiares devese dirigir a:

- **No Brasil :** Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS);
- **Na Itália:** às Sedes Provinciais de Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie (INAM).

O formulário deve ser encaminhado ou apresentado ao Órgão de assistência médica em duas vias. Una via do citado documento, como comprovante da verificada inscrição, é restituída ao Órgão que a esitiu.

### AVVERTENZE

Per ottenere le prestazioni sanitarie in caso di malattia e maternità i familiari debbono rivolgersi:

- **In Brasile :** all'Istituto Nazionale di Assistenza Medica della Previdenza Sociale (INAMPS);
- **In Italia:** alle Sedi Provinciali dell'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie (INAM).

Il modulo deve essere inviato o presentato all'Organismo di assistenza malattia in duplice esemplare. Una copia del predetto esemplare, a comprova dell'avvenuta iscrizione, viene restituito all'Organismo che lo ha rilasciato.

**PROTOCOLLO AGGIUNTIVO ALL'ACCORDO DI EMIGRAZIONE ITALIA-BRASILE**

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER LA FORNITURA DI PROTESI**

Articolo 6, Cpv. 3 (Prot. Agg.)

Art. 23 (Norme di applicazione)

INDICAZIONI RIGUARDANTI IL LAVORATORE		
Cognome e Nome .....	N° di iscrizione .....	
	N° doc. identità (1) .....	
Luogo e data di nascita .....	Stato Civile .....	Nazionalità .....
Indirizzo: ..... (Città) (via) (numero)		

**INDICAZIONI RIGUARDANTI I FAMILIARI**

Nome	Grado di parentela	Data di nascita
.....	.....	.....

Il lavoratore / familiare summenzionato ha presentato il certificato medico allegato comprovante la necessità che gli venga concessa la seguente protesi: .....

Secondo l'accordo previsto, la spesa per la fornitura della protesi è di .....

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

(Firma e Timbro dell'Organismo competente)

(1) Se esiste

**A cura dell'Ente gestore dell'altro Stato contraente**

**Si autorizza / Non si autorizza la fornitura della protesi**

Motivo del rifiuto:

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

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)



(Firma e Timbro dell'Organismo competente)

## 7.3. Formulari (provvisori) per la Repubblica di Capoverde

CONVENZIONE ITALIA - CAPOVERDE  
 CONVENÇÃO ITALIA - CABO VERDE

Vedi «Istruzioni» a pagina 4

001

I

(1)

- Domanda di informazioni  
 Comunicazione di informazioni  
 Richiesta di formulari  
 Sollecito

concernente:

- un lavoratore  
 un titolare di pensione

Convenzione: art. 21, 22, 23

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

### Parte A

1	Istituzione destinataria	
1.1	Denominazione: .....	Numero di codice (2) .....
1.2	Indirizzo (3): .....	
.....		
2	Notizie concernenti l'interessato (4)	
2.1	Cognome(5): .....	
2.2	Cognome di nascita (5): .....	
2.3	Nomi (6): .....	
2.4	Cognomi precedenti (7): .....	
2.5	Sesso (8): .....	
3	Nazionalità (9) .....	
4	Nascita	
4.1	Data (10): .....	
4.2	Località (11): .....	
4.3	Provincia: .....	
4.4	Paese (12): .....	
5	Numero di matricola	
5.1	Presso l'istituzione mittente (13): .....	
5.2	Presso l'istituzione destinataria (13): .....	
6	Indirizzo (3) .....	
.....		
7	Pratica	
7.1	Tipo di prestazione .....	
7.2	Numero di pratica presso l'istituzione mittente: .....	
7.3	Numero di pratica presso l'istituzione destinataria: .....	

①

<b>8</b>	<b>Beneficiario</b>
8.1	Cognome <sup>(5)</sup> : .....
8.2	Nomi ..... Cognomi di nascita <sup>(5)</sup> : .....
8.3	Luogo di nascita <sup>(12)</sup> ..... Data di nascita <sup>(12)</sup> .....
8.4	Sesso ..... Cittadinanza <sup>(9)</sup> .....
8.5	Indirizzo <sup>(11)</sup> ..... .....

<b>9</b>	<input type="checkbox"/> Richiesta ..... <input type="checkbox"/> Sollecito della richiesta del .....
Chiediamo l'invio riguardo alla persona di cui al quadro <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8	
9.1	<input type="checkbox"/> dei formulari: .....
9.2	<input type="checkbox"/> dei documenti: .....
9.3	<input type="checkbox"/> delle seguenti informazioni: .....
9.4	Motivo della richiesta: .....

<b>10</b>	<b>Cambiamento di situazione: si sono verificati i seguenti cambiamenti</b>
..... ..... ..... .....	

<b>11</b>	<b>Varie</b>
..... ..... .....	

<b>12</b>	<b>Istituzione che compila la parte A</b>
12.1	Denominazione: ..... Numero di codice <sup>(2)</sup> : .....
12.2	Indirizzo <sup>(3)</sup> : .....
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: ..... Numero di codice (2): .....

17.2 Indirizzo (3): .....

.....

17.3 Timbro

17.4 Data .....

17.5 Firma

.....

## 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**

## NOTE

- (1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A dello stampato: I = Italia; CV = Capoverde
- (2) Per l'Italia è obbligatorio.
- (3) Via, numero, codice postale, località, paese.
- (4) Compilare le voci da 2.1 a 2.5 concernenti l'identificazione per quanto necessario.
- (5) Il cognome (di famiglia) è quello usuale oppure acquisito per matrimonio; il cognome di nascita deve essere sempre indicato; nel caso sia identico a quello di famiglia, iscrivere «idem».
- (6) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.
- (7) 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.
- (8) M = maschile; F = femminile.
- (9) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.
- (10) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 10 agosto 1921 = 10.08.1921).
- (11) Per l'Italia indicare l'ultimo indirizzo del luogo di residenza
- (12) Sigla del paese di nascita dell'assistito codificato secondo il codice internazionale dei veicoli automobilistici.
- (13) Per i cittadini italiani, indicare il numero di codice fiscale

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

**Lavoratori e familiari con loro residenti**

Convenzione: art. 8, 1 e 2; Accordo amministrativo: art. 7.1 e 7.7

L'Istituzione competente - previa acquisizione del mod. 101 o 102 - compila la parte A dello stampato e ne consegna due copie all'assicurato, oppure le trasmette 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 (3) .....
1.2	Indirizzo (4): .....	
1.3	Riferimento al vostro modulo 107 del .....	

**Lavoratore**

2	Lavoratore		
2.1	Cognome: .....		
2.2	Nomi: .....	Cognomi precedenti: .....	Data di nascita: .....
2.3	Indirizzo nel Paese di residenza (4): .....		
2.4	Numero di identificazione (5): .....		

4  il lavoratore sopraindicato e i familiari (6) con lui residenti

5  hanno diritto alle prestazioni in natura per malattia e maternità dal .....

6	Tale diritto si protrae (7)	
6.1	<input type="checkbox"/> fino a quando non sia stato notificato l'annullamento del presente attestato	
6.2	<input type="checkbox"/> per un anno dalla data specificata al punto 5	
6.3	<input type="checkbox"/> fino al ..... compreso	

7	Istituzione competente per la malattia-maternità	
7.1	Denominazione: .....	Numero di codice (3): .....
7.2	Indirizzo (4): .....	
7.3	Timbro	
7.4	Data .....	
7.5	Firma .....	

**B. Notifica dell'iscrizione**

9	Iscrizione	
9.1	<input type="checkbox"/> il lavoratore indicato al quadro 2 con i familiari	
9.3	<input type="checkbox"/> sono stati iscritti presso la sottoscritta istituzione dal .....	
9.4	<input type="checkbox"/> non sono stati iscritti presso la sottoscritta istituzione per il seguente motivo: .....	

10 Familiari iscritti						
10.1	Cognome	Nomi	Sesso		Cognomi precedenti	Data di nascita
			F	M		
10.2	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
10.3	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
10.4	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
10.5	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
10.6	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
10.7	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
10.8	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
10.9	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....

11 Istituzione del luogo di residenza	
11.1 Denominazione:	..... Numero di codice (3): .....
11.2 Indirizzo (4):	.....
	.....
11.3 Timbro	
	11.4 Data .....
	11.5 Firma .....
	.....

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso è composto di 2 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 assicurato

- Il presente formulario dà diritto, a voi e ai vostri familiari, a percepire le prestazioni in natura dell'assicurazione malattia-maternità.
- 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.
- Gli istituti di assicurazione malattia e maternità sono:
  - in **Italia**, l'unità sanitaria locale (USL) competente per il territorio. Per i marittimi e il personale navigante dell'aviazione civile, il Ministero della Sanità, ufficio di sanità marittima o aerea;
  - in **Capoverde**, il Servizio di Sanità.
- 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.
- Voi o i vostri familiari siete tenuti ad informare l'istituzione che vi ha rilasciato questo attestato e quella 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

- Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A dello stampato: I = Italia; CV = Capoverde.
- Da compilare solo qualora si ha conoscenza dell'istituzione del paese di residenza dove l'attestato sarà presentato.
- Per l'Italia è obbligatorio.
- Via, numero, codice postale, località, paese. Per l'Italia è obbligatorio.
- Per i cittadini italiani, indicare il numero di codice fiscale.
- I familiari aventi diritto si individuano secondo la legislazione del paese di residenza.
- Segnare il caso che ricorre. Per l'Italia l'attestato non può essere rilasciato per un periodo superiore ad un anno ed è rinnovabile.

DOMANDA DI ATTESTATO DI DIRITTO A PRESTAZIONI IN NATURA

Accordo amministrativo: art. 7.2, 8.2, 10.2, 11.2 e 20.2

L'Istituzione del paese di residenza o di dimora compila la parte A e trasmette due copie dello stampato all'istituzione competente. Detta istituzione – qualora non ritenga di trasmettere il modulo richiesto – compila la parte B e rinvia una copia dello stampato all'istituzione che glielo aveva inviato. Qualora l'istituzione competente non sia nota, inviare la richiesta tramite l'organismo di collegamento.

**A. Da compilare parte dell'istituto di residenza o di dimora**

1	Istituzione
1.1	Denominazione: ..... Numero di codice (2): .....
1.2	Indirizzo (3): ..... ..... .....

2	<input type="checkbox"/> Lavoratore <input type="checkbox"/> Titolare di pensione
2.1	Cognome: .....
2.2	Nomi: ..... Cognomi precedenti: ..... Data di nascita: .....
2.3	Indirizzo nel Paese di residenza (4): .....
2.4	Numero di identificazione (5): .....
2.5	<input type="checkbox"/> Titolare di pensione o rendita di <input type="checkbox"/> vecchiaia <input type="checkbox"/> invalidità <input type="checkbox"/> superstiti <input type="checkbox"/> infortunio sul lavoro <input type="checkbox"/> malattia professionale N. .... (6)      categoria: ..... (3)
2.6	Istituzione debitrice della pensione o rendita .....

3	Datore di lavoro
3.1	Nome o ragione sociale .....
3.2	Indirizzo (4): ..... .....
3.3	Tipo di azienda: .....
3.4	Istituzione di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro alla quale è iscritto il datore di lavoro .....
	..... ..... .....

4				
4.1	Cognome (7)	Nomi	Data di nascita	N. di identificazione (5)
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
4.2	Indirizzo (4) nel paese di residenza (8): .....			
	.....			

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. ....

6.2 il richiedente  non ha più espletato un'attività

ha espletato la seguente attività: .....

7 Si prega di inviare l'attestato del diritto alle prestazioni - formulario .....

valido dal ..... al .....

8  Si allega il rapporto medico (9)

9 Istituzione del luogo di residenza o di dimora

9.1	Denominazione: .....	Numero di codice (2): .....
9.2	Indirizzo (2): .....	
	.....	
9.3	Timbro	
	9.4	Data .....
	9.5	Firma
	.....	

**B. Da compilarsi da parte dell'istituzione competente**

10

10.1  Si allega il formulario del quale deve esserci resa una copia, compilata e firmata (10)

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

.....  
.....

11

Istituzione competente

11.1	Denominazione: .....	Numero di codice (2): .....
11.2	Indirizzo (3): .....	
	.....	
11.3	Timbro	
	11.4	Data .....
	11.5	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

- (1) Indicare la sigla del paese dell'Istituzione: I = Italia; CV = Capo verde.
  - (2) Indicare, se esiste. Per l'Italia è obbligatorio.
  - (3) Via, numero, codice postale, località, Paese.
  - (4) Via, numero, codice postale, località, Paese. Per l'Italia è obbligatorio.
  - (5) Per i cittadini italiani indicare il numero di codice fiscale.
  - (6) Da indicare nel caso in cui l'istituzione debitrice della pensione o rendita sia italiana.
  - (7) Da compilare solo nei casi di familiari per i quali è richiesta la concessione di prestazioni o l'iscrizione all'istituzione.
  - (8) Da indicare solo se l'indirizzo dei familiari differisce da quello del capo famiglia.
  - (9) Da allegare solo quando è necessario. In tal caso, riportare una X nell'apposito quadratino.
  - (10) Da indicare se il tipo di formulario da rinviare lo consente.
-

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

Residenti in un paese diverso da quello competente

Accordo amministrativo: art. 7.3, 6 e 7.8.2 e 4; 10.2; 11.2; 20.2

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

A. Notifica

1	
1.1	Denominazione: ..... Numero di codice (2): .....
1.2	Indirizzo (3): ..... ..... .....

2	<input type="checkbox"/> Lavoratore	<input type="checkbox"/> Titolare di pensione o rendita	
2.1	Cognome: .....		
2.2	Nomi: .....	Cognomi precedenti: .....	Data di nascita: .....
2.3	Indirizzo nel Paese di residenza (4): .....		
2.4	Numero di identificazione (5): .....		

3	Familiare (6)		
3.1	Cognome: .....		
3.2	Nomi: .....	Cognomi precedenti: .....	Data di nascita: .....
3.3	Indirizzo nel Paese di residenza (4): .....		
3.4	Numero di identificazione (5): .....		

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

- 4.1  il lavoratore predetto non è più assicurato dal .....
- 4.2  la pensione predetta è stata sospesa/soppressa dal .....
- 4.3  tutte le persone che erano iscritte all'istituzione in indirizzo, non risiedono più nel Vostro Paese dal .....
- 4.4  il titolare è deceduto il .....
- 4.5  (7) .....

5	Istituzione competente
5.1	Denominazione: ..... Numero di codice (2): .....
5.2	Indirizzo (3): ..... .....
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  le persone di cui alla parte A  
 non ha più beneficiato  non hanno più beneficiato  
 non beneficerà più  non beneficeranno più  
di prestazioni a decorrere dal

.....

8 Istituzione del luogo di residenza

8.1 Denominazione:	.....	Numero di codice (2):	.....
8.2 Indirizzo (3):	.....		
.....			
8.3 Timbro			
		8.4 Data	.....
		8.5 Firma	.....
			.....

**ISTRUZIONI**

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

**NOTE**

- (1) Indicare la sigla del paese dell'Istituzione: I = Italia; CV= Capoverde.  
(2) Indicare se esiste. Per l'Italia è obbligatorio  
(3) Via, numero, codice postale, località, Paese.  
(4) Via, numero, codice postale, località, Paese. Per l'Italia è obbligatorio  
(5) Per i cittadini italiani indicare il numero di codice fiscale.  
(6) Da compilare nei casi in cui lo stampato notifici la soppressione o la sospensione del diritto alle prestazioni in natura dei soli familiari; inviare un formulario per ogni familiare.  
(7) Indicare l'eventuale altro motivo

### ATTESTATO PER L'ISCRIZIONE DEI FAMILIARI DEI LAVORATORI SUBORDINATI O AUTONOMI

Convenzione: art. 8.2; Accordo amministrativo: art. 10.1

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. L'istituzione del luogo di residenza - ricevute le copie citate - compila la parte B del formulario e ne restituisce un esemplare all'istituzione competente.

#### A. Notifica del diritto

1	Istituzione del luogo di residenza (2)	
1.1	Denominazione: .....	Numero di codice (3): .....
1.2	Indirizzo (4): .....	
1.3	Riferimento al vostro modulo 107 del .....	

2	<input type="checkbox"/> Lavoratore		
2.1	Cognome: .....		
2.2	Nomi: .....	Cognomi precedenti: .....	Data di nascita: .....
2.3	Indirizzo (4): .....		
2.4	Numero di identificazione (5): .....		

3	Familiare (6)		
3.1	Cognome: .....		
3.2	Nomi: .....	Cognomi precedenti: .....	Data di nascita: .....
3.3	Indirizzo nel Paese di residenza (4): .....		

4 I familiari del lavoratore di cui sopra hanno il 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
- esercitino un'attività professionale

5 Questo diritto decorre dal .....

6	e si protrae (7)	
6.1	<input type="checkbox"/> fino a quando non sia stato notificato l'annullamento del presente attestato	
6.2	<input type="checkbox"/> per un anno dalla data specificata al punto 5	
6.3	<input type="checkbox"/> sino alla fine del lavoro stagionale prevista e cioè	
6.4	<input type="checkbox"/> fino al ..... incluso	

**7** Istituzione competente per la malattia-maternità

7.1 Denominazione: ..... Numero di codice (3): .....

7.2 Indirizzo (4): .....

7.3 Timbro

7.4 Data .....

7.5 Firma .....

**B. Notifica dell'iscrizione**

**8**  (8)

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 esercita un'attività professionale nel nostro paese ed ha i figli a suo carico

8.5  non è stato presentato lo stato di famiglia richiesto

8.6  (9) .....

**9**  (8) Familiari iscritti

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

9.2	Cognome	Nomi	Sesso		Data di nascita	Numero di identificazione
			F	M		
9.3	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.4	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.5	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.6	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.7	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.8	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.9	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....

9.10 L'onere delle citate prestazioni è a vostro carico, dal .....

**10** Istituzione del luogo di residenza

10.1 Denominazione: ..... Numero di codice (3): .....

10.2 Indirizzo (4): .....

10.3 Timbro

10.4 Data .....

10.5 Firma .....

©

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.

#### ATTENZIONE

**Il presente modulo deve essere utilizzato solo per i familiari di lavoratori attivi. Per i familiari del pensionato deve essere utilizzato il formulario 121.**

#### Avvertenze per la persona assicurata

- a) Il presente formulario dà diritto, a voi e ai vostri familiari di beneficiare delle prestazioni in natura dell'assicurazione 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 alle 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-maternità del luogo ove risiedono e cioè:  
in **Italia**, all'unità sanitaria locale (USL) competente per il territorio;  
in **Capoverde**, ai Servizi di Sanità.
- 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 che vi ha rilasciato questo attestato e quella 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

- (1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A dello stampato: I = Italia; CV = Capoverde.
- (2) Da compilare solo qualora lo stampato sia rilasciato su richiesta dell'istituzione del paese di residenza.
- (3) Indicare. Per l'Italia è obbligatorio.
- (4) Via, numero, codice postale, località, paese.
- (5) Per i cittadini italiani, indicare il numero di codice fiscale.
- (6) Indicare un solo familiare.
- (7) Segnare il caso che ricorre. Per l'Italia l'attestato non può essere rilasciato per un periodo superiore ad un anno ed è rinnovabile.
- (8) Dei due quadri 8 e 9 compilare quello che interessa e riportare una X nel quadratino relativo al quadro stesso.
- (9) Altri motivi.

**MODELLO PROVVISORIO**

**ATTESTATO RIGUARDANTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA DURANTE UN TEMPORANEO SOGGIORNO  
NELL'ALTRO STATO**

Attenzione: questo documento vi assicura solo le cure urgenti o impreviste e pertanto non è valido se lo scopo del viaggio è ottenere cure.

Convenzione: art. 8.1, terzo comma e 2; Accordo amministrativo: art. 8.1 e 4; 11.1

1	<input type="checkbox"/> Lavoratore	<input type="checkbox"/> Titolare di pensione		
	1.1	Cognome: .....		
	1.2	Nomi: .....	Cognomi precedenti: .....	Data di nascita: .....
	1.3	Indirizzo nel paese competente (2): .....		
1.4	Numero di identificazione (3): .....		Data di nascita: .....	

2	Familiari (4)					
	2.1	Cognome:	Nomi	Cognomi precedenti	Data di nascita	N. di identificazione (3)
		.....	.....	.....	.....	.....
		.....	.....	.....	.....	.....
		.....	.....	.....	.....	.....
		.....	.....	.....	.....	.....
		.....	.....	.....	.....	.....
2.2	Indirizzo abituale (2) (5): .....					

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

3.1 (6)  dal ..... al ..... incluso

3.2 (6)  con decorrenza dal .....

4	Istituzione competente						
	4.1	Denominazione: .....			Numero di codice (7): .....		
	4.2	Indirizzo (2): .....					
	4.3	Timbro					
				4.4	Data .....		
				4.5	Firma .....		
4.6	Rinnovo dal .....	al .....	4.10	Rinnovo dal .....	al .....		
4.7	Timbro	4.8	Data: .....	4.11	Timbro	4.12	Data: .....
		4.9	Firma: .....			4.13	Firma: .....

## AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le linee apposite punteggiate. L'istituzione competente 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.

### Avvertenze per l'assicurato e per i familiari

- a) il presente documento consente:  
al lavoratore (e ai familiari elencati al quadro 2) ed al titolare di pensione o rendita ed ai suoi familiari (indicati al quadro 2) che si trovino in temporaneo soggiorno nell'altro Stato, di ottenere, da parte degli organismi assicuratori del predetto Stato di dimora, le prestazioni immediate in natura per malattia e maternità. Nel solo caso dei lavoratori in temporaneo soggiorno per motivi di lavoro nell'altro Stato, il presente attestato consente di ottenere le prestazioni sanitarie, a titolo provvisorio, per infortunio sul lavoro o malattia professionale.
- Il presente documento apre il diritto alle prestazioni sanitarie urgenti (o impreviste) in forma diretta. Pertanto non dà diritto ad ottenere prestazioni qualora lo scopo del viaggio sia quello di ricevere prestazioni mediche all'estero.**
- b) Quando sono necessarie prestazioni, compreso il ricovero in ospedale, questo documento deve essere presentato all'istituzione di assicurazione del paese di dimora e cioè:  
in **Italia**, per la totalità degli assistiti, all'unità sanitaria locale (USL o ASL a seconda della Regione) competente per il territorio; per il personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile, al Ministero della Salute ufficio di sanità marittima o aerea competente per il territorio; in **Capoverde**, ai Servizi di Sanità.
- c) Per ottenere le prestazioni in denaro la persona interessata entro 3 giorni dall'inizio dell'incapacità lavorativa, dovrà rivolgersi all'istituzione del luogo di temporaneo soggiorno ed esibire una notifica di cessazione del lavoro o, qualora la legislazione dell'istituzione competente o dell'istituzione del luogo di dimora lo prevedano, un certificato di incapacità lavorativa rilasciato dal medico in cui si specifica il trattamento medico che la persona interessata dovrà seguire.

### NOTE

- (1) Indicare la sigla del paese dell'Istituzione: I = Italia; CV = Capoverde.
- (2) Via, numero, codice postale, località, Paese. Per l'Italia è obbligatorio.
- (3) Per i cittadini italiani, indicare il numero di codice fiscale.
- (4) Indicare soltanto i familiari che si recano temporaneamente nell'altro Stato.
- (5) Da indicare solo qualora l'indirizzo dei familiari differisca da quello del lavoratore o del titolare di pensione o di rendita.
- (6) Per l'Italia la validità è di 3 mesi rinnovabile
- (7) Indicare se esiste. Per l'Italia è obbligatorio

①