Mod. 9
Obr. 9

CONVENZIONE ITALO-JUGOSLAVA SULLE ASSICURAZIONI SOCIALI
(Art. 12 della Convenzione - Art. 7 prg. 4 dell'Accordo Amministrativo)

JUGOSLOVANSKO-ITALIJANSKA KONVENCIJA 0 SOCIALNEM ZAVAROVANJU
(12. člen Konvencije - 4. odstavek, 7 člen administrativnega sporazuma)

NOTIFICA DI RICOVERO OSPEDALIERO (1)
OBVESTILO 0 SPREJEMU V BOLNICO (1)

All'Istituto .....
Zavodu

.....

.....

L'assicurato .....
Zavarovanec

(Cognome e nome)
(Priimek in ime)

il familiare .....
druzinski član

(Cognome e nome)
(Priimek in ime)

.....

via *N.* *Provincia o Distretto*
ulica *Št.* *Pokrajina osiroma okraj*

iscritto presso .....
zavarovan pri

(denominazione dell'Istituto Assicuratore)
(navesti pristojni zavod za zavarovanje)

ed in possesso del Mod. .....rilasciato il .....
ki se je izkazal z obrazcem izdanim dne

con validità fino al.....
z veljavnostjo do .

ha dovuto essere ricoverato il .....
ie moral biti sprejet v bolnico dne

per una degenza prevedibile di giorni ..... come da certificato medico allegato.
za predvideni čas .....dni kot sledi is prilošenega zdravniškega potrdila.

Data, ...
Datum,

L'Istituto di assicurazione
Zavod za zavarovanje

.....

Timbro e firma
Pečat in podpis

NOTE

(1) Questo certificato deve essere compilato in due copie delle quali una sarà inviata immediatamente all'Istituto debitore delle prestazioni allegandovi certificato medico.
To potrdilo se izda v dveh primerkih, od katerih se eden pošlje neposredno pristojnemu savodu za plačilo dajatev s prilozenim zdravniškim potrdilom.

Allegato: certificato medico
Prilozeno: zdravniško potrdilo.

Mod. 10
Obr 10

CONVENZIONE ITALO-JUGOSLAVA SULLE ASSICURAZIONI SOCIALI
(Art. 12 della Convenzione - Art. 7 prg. 4 dell Accordo Amministrativo)

JUGOSLOVANSKO-ITALIJANSKA KONVENCIJA 0 SOCIALNEM ZAVAROVANJU (12. člen Konvencije - 4. odstavek, 7. člen Administrativnega sporazuma)

NOTIFICA DI USCITA DALL'OSPEDALE 0 DI PROROGA DEL RICOVERO (1)
OBVESTILO 0 ODPUSTU IZ BOLNICE ALI 0 PODALJŠANJU ZDRAVLJENJA (1)

All'Istituto .....
Zavodu
.....

.....

L'assicurato .....
Zavarovanec
(Cognome e nome)
(Priimek in ime)

.....

data di nascita — *nazionalità*
datum rojstva — *drzavljanstvo*

il familiare ..... : .....
druzinski član
(Cognome e nome)
(Priimek in ime)

.....

via — *N.* — *Provincia o Distretto*
ulica — *Št.* — *Pokrajina osiroma okraj*

iscritto presso .....
zavarovan pri
(denominazione dell'Istituto Assicuratore)
(navesti pristojni zavod za zavarovanje)

ricoverato il .....
sprejet v bolnico dne
come dal Mod. 9 del .....
kot sporočeno z obrazcen št. 9 z dne

(2) è stato dimesso dall'ospedale il .....
je bil odpuščen iz bolnice dne
e può riprendere il lavoro il .....
in lahko nastopi delo dne
(2) non potrà essere dimesso alla fine del periodo indicato nella precedente comunicazione prevedendosi un ulteriore periodo di degenza della presumibile durata di ..... giorni.
ne more biti odpuščen iz bolnice do isteka roka, predvidenega v prejšnjem obvestilu, s ten da se predvideva nadalnji rok sdravljenja v verjetnem trajanju .....dni.

Data, ...
Datum,

L'Istituto di assicurazione
Zavod za zavarovanje

.....
Timbro e firma
Pečat in podpis

NOTE

(1) Questo certificato, da compilare in due copie, di cui una deve essere trasmessa all'Istituto obbligato in caso di uscita dall'ospedale e, in caso di proroga della degenza, dopo che siano trascorsi 15 giorni dalla data del ricovero.
To potrdilo se izda v dveh primerkih, od katerih se eden pošlje pristojnemu zavodu ob odpustu iz bolnice, oziroma v primeru podaljšanja zdravljenja, po preteku 15 dni od dneva sprejema v bolnico.
(2) Da compilare secondo il caso.
Izpolniti kar a potrebno v posameznem primeru.

Mod. 12
Obr. 12

CONVENZIONE ITALO-JUGOSLAVA SULLE ASSICURAZIONI SOCIALI
(Art. 11, punto 2 della Convenzione - Art. 6 dell'Accordo Amministrativo)
JUGOSLOVANSKO-ITALIJANSKA KONVENCIJA 0 SOCIALNEM ZAVAROVANJU
(2. odstavek, 11. člen Konvencije - 6. člen Administrativnega sporazuma)

ATTESTAZIONE RELATIVA AL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA (1)
(Titolari di pensione o rendita)
POTRDILO O PRAVICI DO DAJTEV V NARAVI (1)
(Uzivalci pokojnine ali rente)

A

(Da compilare dall'Istituto debitore della pensione o rendita) (Izpolni zavod, ki je priznal pokojnino ali rento)

Si dichiara che il (Ia) nominato (a)

Potrjujemo, da je imenovani (a)

Cognome *Priimek*	*Nome* *Ime*	*Cognome da nubile* *Dekliški priimek*	*Luogo e data di nascita* *Kraj In datum rojstva*

.....

Titolo della pensione o rendita e numero .....
Vrsta pokojnine ali rente in številka

Indirizzo nel territorio del Paese debitore della pensione .....
Naslov v drzavi, ki izplačuje pokojnino

Nuovo indirizzo .....
Novi naslov

Data di trasferimento della residenza .....
Datum spremembe bivališča

è titolare di .....(2)
uzivalec

a decorrere dal .....(3)
pričenši z dnem

Questa pensione è interamente a nostro carico .....(4)
Ta pokojnina gre v celoti v naše breme

è a nostro carico per ..... di assicurazione
gre v naše breme za zavarovanja

è a carico di ..... per ..... di assicurazione
gre v breme za **zavarovanja**

Timbro e indirizzo dell'Istituto
Pečat in naslov zavoda

Data e firma
Datum In podpis

....

B

(Da compilare sia dall'Istituto debitore della pensione o rendita sia dall'Istituto competente per l'assicurazione di malattia dei titolari delle pensioni o delle rendite del Paese debitore della pensione o della rendita).
(Izpolni zavod, ki je priznal pokojnino ali rento oziroma zavod, ki je pristojen za zdravstveno zavarovanje uzivalcev pokojnin ali rent v drzavi, ki je priznalala pokojnino ali rento).

II (Ia) suddetto (a) ..... N. libretto d'iscrizione .....
Zgoraj imenovani (a) Št. zdravst. Izkaz.

Ha diritto - non ha diritto per se stesso (a) ed i membri della sua famiglia (4) residente con lui (1ei) alle prestazioni in natura dell'assicurazione di malattia a decorrere dal .....

je - ni upravičen (a) za sebe in za člane svoje druzine (4), ki bivajo z njim (njo), do zdravstvenega varstva pričenši z dnem .....

Le prestazioni in natura sono a carico dell'Istituto di seguito indicato, in applicazione dell'articolo 11 prg. 2 della Convenzione.

Dajatve v naravi gredo v breme spodaj navedenega zavoda po določilih 11. člena, 2. odstavka Konvencije.

(Indicazione dell'Istituto debitore)
(Naziv zavoda, ki zagotavlja zdravstveno varstvo)

Indirizzo dell'Istituto
Naslov zavoda

.....

Data, ...
Datum,

Timbro e firma
Pečat in podpis

.....

C

(Da compilare dall'Istituto competente per l'assicurazione di malattia dei. titolari di pensioni o rendite nel Paese della nuova residenza).

(Izpolni zavod, pristojen za zdravstveno zavarovanje uzivalcev pokojnin ali rent v drzavi novega bivališča).
.....
II (Ia) pensionato (a) sopra indicato (a)
Zgoraj navedeni upokojenec (ka)
ha - non ha (4) diritto alle prestazioni In natura da parte del Paese di nuova residenza.
ima - nima (4) pravico do dajatev v naravi v drzavi novega prebivališča.

L'onere delle prestazioni in natura erogate dall'Istituto del luogo di nuova residenza sono a carico di
.....
Dajatve v naravi, ki jih je zagotovil zavod novega bivališča, grodo v breme .....

Indirizzo dell'Istituto
Naslov zavoda

.....

Data .....
Datum,

Timbro e firma
Pečat in podpis

.....

NOTE

(1) Da compilare dall'Istituto debitore della pensione o rendita in tre copie indirizzate:

- una al titolare della pensione o rendita in vista della sua iscrizione presso l'Istituto di assicurazione contro le malattie del luogo di nuova residenza;
- le altre due direttamente all'Istituto di assicurazione contro le malattie di cui sopra o, se del caso, tramite gli organismi designati dalle Autorità competenti del Paese dell'Istituto debitore o del Paese di residenza.

Nel caso in cui i quadri A e B siano compilati dall'Istituto debitore della pensione o rendita, questo invia gli esemplari all'Istituto di assicurazione contro le malattie del luogo di nuova residenza e al titolare. Nel caso invece che non compili il quadro B invia gli esemplari di cui sopra all'Istituto di assicurazione contro le malattie del Paese dove si trova l'Istituto debitore della pensione o rendita.
L'Istituto in questione, dopo aver compilato il quadro B, trasmette gli esemplari all'Istituto di assicurazione contro le malattie del luogo della nuova residenza e al titolare. L'Istituto di assicurazione contro le malattie del luogo di nuova residenza o l'Organismo designato dalla Autorità competente del Paese, compila la parte C ed invia un esemplare all'Organismo determinato dalla Autorità competente del Paese in cui si trova l'Istituto debitore della pensione o rendita. L'Istituto del luogo di nuova residenza comunica all'interessato il risultato della sua richiesta.

(2) Natura della pensione (vecchiaia, invalidità, morte prematura, infortunio sul lavoro, malattia professionale, ecc.).

(3) Data di decorrenza della pensione (cioè data di inizio del periodo per il quale sono corrisposti gli arretrati).

(4) Cancellare l'indicazione che non occorra.

******

(1) Zavod, ki je priznal pokojnino ali rento, izpolni obrazec v treh primerkih in pošlje:

- en primerek uživalcu pokojnine ali rente zaradi prijave pri zavodu za zdravstveno zavarovanje v kraiu novega bivališča;
- druga dva primerka zgoraj bodisi navedenemu zavodu za zdravstveno zavarovanje neposredno, bodisi s posredovanjem organov, ki jih določijo pristojne oblasti država zavoda, ki je priznal pokojnino, ali državi prebivališča.

V primeru, ko razpredelka A in B izpolni zavod, ki je priznal pokojnino ali rento, pošlje le-ta dva primerka zavodu za zdravstveno zavarovanje v kraju novega bivališča, enega pa uživalcu pokojnine. V primeru pa, ko zavod ne izpolni razpredelka B, pošlje vse tri primerke zavodu za zdravstveno zavarovanje države, kjer je sedež zavoda, ki je prisnal pokojnino ali rento.
Potem ko ta zavod izpolni razpredelek B, pošlje dva primerka zavodu za zdravstveno zavarovanje v kraju novega bivališča, enega pa uživalcu pokojnine.Zavod za zdravstveno zavarovanje v kraju novega prebivališča ali organ, ki ga določi pristojna državna oblast, izpolni razpredelek C in pošlje ed izvod organu, ki ga določi pristojna oblast države, v katori je sedež zavoda, ki je priznal pokojnino ali rento. Zavod v kraju novega prebivališča obvesti uživalca pokojnine o rešitvi njegovega zahtevka.

(2) Vrsta pokojnine (starostna, invalidska, družinska, itd.).

(3) Datum pričetka prejemaja pokojnine (to je dan, od katerega dalje so bili izplačani vsi zaostanki).

(4) Prečrtaj kar ni potrbno.

7.6. Formulari per il Principato di Monaco

CONVENZIONE ITALO-MONEGASCA DI SICUREZZA SOCIALE

DEL 12 FEBBRAIO 1982

I/MC 4
MC/I 4

ATTESTATO PER L'ISCRIZIONE DEI TITOLARI DI PENSIONE O RENDITA
Convenzione: art. 14 par. 2
Accordo amministrativo: art. 15

L'Istituzione cui compete il rilascio dell'attestato, compila la parte A del modulo e consegna due copie del modulo stesso al titolare di pensione o rendita o al suo familiare, oppure invia tali copie 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 due copie citate, compila la parte B e trasmette una copia del modulo all'istituzione indicata al quadro 7.
L'attestato non può essere rilasciato al titolare di una pensione acquisita a titolo di un attività libero-professionale.

A. Notifica del diritto

1 All'istituzione del luogo di residenza (1)

1.1 Denominazione: .....
1.2 Indirizzo (2): .....
.....
1.3 Riferimento alla vostra richiesta del .....

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

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

2.2 Nazionalità .....
2.3 Indirizzo .....
.....
2.3 Numero di iscrizione .....

3 Familiari

3.1	Cognome	Nome	Cognome da nubile	Data di nascita	Parentela
3.2	.....	.....	.....	.....	.....
3.3	.....	.....	.....	.....	.....

I/MC 4
MC/I 4

4 Da compilarsi da parte dell'Istituzione debitrice della pensione o rendita

4.1 La persona nominata al quadro 2 è titolare di pensione o rendita

☐ di vecchiaia ☐ d'invalidità ☐ ai superstiti

☐ d'infortunio sul lavoro ☐ di malattia professionale

4.2 a decorrere dal .....

4.3 Numero della pensione o della rendita: .....

5 Istituzione che ha compilato il quadro 4

5.1 Denominazione .....

5.2 Indirizzo .....

.....

5.3 Timbro

5.4 Data .....

5.5 Firma

.....

6 Da compilarsi da parte dell'Istituzione di assicurazione malattia e maternità del Paese debitore della pensione o rendita

6.1 La persona indicata al quadro 2, unitamente ai suoi familiari, ha diritto alle prestazioni in natura dell'assicurazione malattia e maternità a decorrere dal ..... e fino alla revoca della presente attestazione.

6.2 L'onere di dette prestazioni è a carico della sottoscritta Istituzione.

7 Istituzione che compila il quadro 6 (7)

7.1 Denominazione: ..... Numero di codice:.....

7.2 Indirizzo (3): .....

.....

7.3 Timbro

7.4 Data .....

7.5 Firma

.....

B. Notifica dell'iscrizione o della non-iscrizione

I/MC 4
MC/I 4

8 (3) ☐ Iscrizione

8.1 La persona indicata al quadro 2, unitamente ai suoi familiari, è stata iscritta con il seguente numero: .....

8.2 L'onere delle prestazioni sanitarie in natura è a carico dell'Istituzione indicata al quadro 7. La decorrenza per il conteggio dei rimborsi forfetari è

il ..... (4)

9 (3) ☐ Non iscrizione

9.1 ☐ La persona indicata al quadro 3 ☐ I familiari indicati ai punti .....

Non sono stati iscritti

9.2 ☐ in quanto hanno già diritto alle prestazioni in natura in virtù della legislazione di questo Paese;

9.3 ☐ Altri motivi .....

.....

10 Istituzione del luogo di residenza

10.1 Denominazione: .....

Indirizzo (2) .....

.....

10.2 Timbro

10.3 Data .....

10.4 Firma

I/MC 4
MC/I 4

AVVERTENZE

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 il titolare di pensione o rendita

a) Le due copie del presente modulo devono essere da voi consegnate non appena possibile alla seguente Istituzione:

- in ITALIA, all'Unità sanitaria locale (USL) competente per territorio;
- nel PRINCIPATO DI MONACO a C.C.C.S., 11, rue Louis Notari – MC 98030 Monaco

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

NOTE

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

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

(3) Dei due quadri 8 e 9, compilare quello che interessa e riportare una x nel relativo quadratino.

(4) Indicare il primo giorno del mese da cui decorre l'effettiva iscrizione all'Istituto di assicurazione del paese di residenza.

④

I/MC 5
MC/I 5

CONVENZIONE ITALO - MONEGASCA DI SICUREZZA SOCIALE
DEL 12 FEBBRAIO 1982

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

Convenzione: art. 10, par. 2
Accordo amministrativo: art. 11, par. 7

L'Istituzione competente compila la parte A del formulario e ne consegna due copie all'assicurato o le trasmette all'Istituzione del luogo di residenza se questa ha richiesto il formulario. Ricevuti i due esemplari l'Istituzione del luogo di residenza compila la parte B del formulario e ne restituisce un esemplare all'Istituzione competente.

PARTE A: Notifica del diritto

1.	**All'Istituzione del luogo di residenza (1)**

1.1.	Denominazione ……
1.2.	Indirizzo (2) ……
1.3.	Riferimento alla Vostra richiesta del ……

2.	**Lavoratore subordinato /__/**	**Lavoratore autonomo /__/**

2.1.	Cognome	Nome	Cognome da nubile	Data di nascita
	……			
2.2.	Nazionalità ……			
2.3.	Indirizzo (2) ……			
2.4.	Numero di iscrizione ……			

3.	**Familiari**

	Cognome	Nome	Cognome da nubile	Data di nascita	Parentela
3.1.	……				
3.2.	……				
3.3.	……				
3.4.	……				
3.5.	……				
3.6.	Indirizzo (2) ……				

1

4.	**Diritto alle prestazioni**

4.1. I familiari sopra indicati hanno diritto alle prestazioni in natura per malattia e maternità, salvo che non abbiano già diritto a queste prestazioni nel paese di residenza.

4.2. Il diritto decorre dal ……. e resta aperto fino a notifica di annullamento del presente attestato.

5.	**Istituzione competente**

5.1. Denominazione …….

5.2. Indirizzo (2) ……..

……...

5.3. Timbro

5.4. Data ……

5.5. Firma ……..

PARTE B Notifica dell'iscrizione

6.	**Iscrizione e data di decorrenza per il calcolo dei forfait**

6.1. I familiari indicati al quadro 3 ai punti: …….. sono stati iscritti come aventi diritto alle prestazioni in natura.

6.2. Le spese per le prestazioni sono a Vostro carico; la data di decorrenza per il calcolo dei forfait è la seguente (3): …….

6.3. I familiari indicati ai punti: …….. non sono stati iscritti per il seguente motivo: ……

……

……

……

……

7.	**Istituzione del luogo di residenza**

7.1. Denominazione …….

7.2. Indirizzo (2) ……..

7.3. Timbro

7.4. Data ……..

7.5. Firma ……

2

AVVERTENZA

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

INFORMAZIONI PER L'ASSICURATO

a) Il presente attestato apre il diritto alle prestazioni in natura per l'assicurazione malattia e maternità ai Suoi familiari nello Stato dove risiedono e secondo la legislazione di quello Stato, salvo che beneficino già di tale diritto.

b) Non appena ricevuti i due esemplari di questo documento Lei li deve trasmettere alla Sua famiglia al fine che siano presentati immediatamente all'Istituzione di assicurazione malattia e maternità del luogo di residenza, ovverosia:
- in Italia: all'Unità Sanitaria Locale (Azienda ULSS) competente per territorio;
- nel Principato di Monaco: alla C.C.C.S., 11, rue Louis Notari - MC 98030 Monaco.

c) L'attestato è valido a decorrere dalla data indicata al punto 4.2. del formulario.

d) Lei stesso ed i Suoi familiari siete tenuti ad informare l'Istituzione del luogo di residenza di qualsiasi variazione concernente la vostra situazione che possa modificare il diritto alle prestazioni, in particolare la cessazione, il cambiamento o la ripresa dell'attività lavorativa oltre che la variazione del domicilio o della residenza Sua o dei Suoi familiari od ancora ogni variazione della situazione di famiglia (divorzio, matrimonio di un familiare, ecc.).

NOTE

(1) Da compilare solo qualora il formulario sia rilasciato su richiesta dall'Istituzione del luogo di residenza.
(2) Via, numero civico, codice postale, località, Paese.
(3) Riportare il primo giorno del mese indicato al punto 4.2.

3

I/MC 6
MC/I 6

CONVENZIONE ITALO - MONEGASCA DI SICUREZZA SOCIALE
DEL 12 FEBBRAIO 1982

ATTESTATO CONCERNENTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE IN NATURA DEI LAVORATORI TEMPORANEI (LAVORATORI FRONTALIERI)

Convenzione: art. 10
Accordo amministrativo: art. 11

L'Istituzione competente compila la parte A del modulo e ne consegna due copie all'assicurato o le trasmette, se del caso, all'Istituzione del luogo di residenza qualora questa lo abbia richiesto. Quest'ultima Istituzione, ricevute le copie dall'assicurato o dalla Istituzione competente, compila la parte B del modulo e ne restituisce un esemplare all'Istituzione competente.

PARTE A: Notifica del diritto

1. All'Istituzione del luogo di residenza (1)

1.1. Denominazione ……..
1.2. Indirizzo (2)……
1.3. Riferimento alla Vostra richiesta del ……..

2. Lavoratore temporaneo subordinato /__/ Lavoratore temporaneo autonomo /__/

2.1 Cognome Nome Cognome da nubile Data di nascita
……
2.2. Nazionalità ……
2.3. Indirizzo nel paese di residenza (2): ……..
……
2.4. Numero di iscrizione .....

3. Familiari

	Cognome	Nome	Cognome da nubile	Data di nascita	Parentela
3.1.					
3.2.					
3.3.					
3.4.					
3.5.					

3.6. Indirizzo nel paese di residenza (2) (3): ……
……

1

4.	Diritto alle prestazioni

4.1. Le persone sopra indicate hanno diritto alle prestazioni sanitarie in natura dal giorno ……..…… e fino a quando non sarà data notizia del termine.

5.	Istituzione competente

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

5.4. Data ……

5.5. Firma ……..

PARTE B: Notifica dell'iscrizione

6.	Iscrizione

6.1. Le persone sopra indicate sono state iscritte presso la sottoscritta Istituzione dal ..... con il numero .....
6.2. Non sono stati iscritti i familiari indicati ai punti: ..... perché:
…….....
……
……
……
……

7.	Istituzione del luogo di residenza

7.1 Denominazione …….
7.2. Indirizzo (2) ……..
7.3. Timbro

7.4. Data ……...

7.5. Firma ……

2

AVVERTENZA

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

INFORMAZIONI PER L'ASSICURATO

a) Il presente formulario dà diritto a Lei ed ai Suoi familiari alle prestazioni sanitarie in natura.

b) Lei è tenuto a consegnare i due esemplari di questo formulario, al più presto, all'Istituzione di assicurazione del luogo ove risiede.

c) Le Istituzioni di assicurazione sono:
- in Italia: Unità Sanitaria Locale (ASL) competente per territorio;
- nel Principato di Monaco: C.C.C.S., 11, rue Louis Notari – MC 98030 Monaco

d) Lei ed i Suoi familiari siete tenuti ad informare l'Istituzione al quale è stato presentato di qualsiasi cambiamento avvenuto nella vostra situazione che possa modificare il diritto alle prestazioni, in particolare l'abbandono, il mutamento o la ripresa dell'occupazione oltre che il trasferimento della residenza o della dimora sua o dei suoi familiari.

NOTE

(1) Da compilare solo qualora il formulario sia stato richiesto dall'Istituzione del Paese di residenza.
(2) Via, numero civico, codice postale, città, paese.
(3) Da compilare solo nel caso in cui l'indirizzo dei familiari differisca da quello del lavoratore.

3

I/MC 7
MC/I 7

CONVENZIONE ITALO - MONEGASCA DI SICUREZZA SOCIALE
DEL 12 FEBBRAIO 1982

ATTESTATO RIGUARDANTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE IN NATURA DEI LAVORATORI DISTACCATI

Lavoratori subordinati ed autonomi e familiari con loro residenti

Convenzione: art. 4, par. 2, lett. a); art. 9; art. 33
Accordo amministrativo: art. 2; art. 11; art. 40

L'Istituzione competente compila la parte A del formulario e ne consegna due copie all'assicurato oppure le trasmette, se del caso, all'Istituzione del luogo di residenza qualora questa lo abbia richiesto. Quest'ultima Istituzione, ricevuti i due esemplari dall'assicurato o dall'Istituzione competente, compila la parte B del modulo e ne restituisce un esemplare all'Istituzione competente.

PARTE A: Notifica del diritto

1 . All'Istituzione del luogo di residenza (1)

1.1. Denominazione ……
1.2. Indirizzo (2) ……
1.3. Riscontro alla Vostra richiesta del ……

2. Lavoratore subordinato /__/ Lavoratore autonomo /__/

2.1 Cognome Nome Cognome da nubile Data di nascita
……
2.2. Nazionalità ……
2.3. Indirizzo nel paese di nuova residenza (2) ……
2.4. Numero di iscrizione ……

3. Familiari (3)

	Cognome	Nome	Cognome da nubile	Data di nascita	Parentela
3.1.					
3.2.					
3.3.					
3.4.					
3.5.					

3.6. Indirizzo (4) ……
……

1

4.	**Diritto alle prestazioni**

4.1.	Il suddetto lavoratore beneficia di autorizzazione di distacco dal ……..... al……..... 4.2. Durante questo periodo avrà diritto, per sé e per i membri della sua famiglia che risiedono con lui, alle prestazioni di assistenza per malattia e maternità.

5.	**Istituzione competente**

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

5.4. Data ……

5.5. Firma ……..

PARTE B: Notifica dell'iscrizione

6.	**Iscrizione**

6.1.	Il lavoratore menzionato al quadro 2 ed i suoi familiari sono stati iscritti presso la sottoscritta l'Istituzione dal ..... con il numero .....
6.2.	Le persone indicate ai punti: ……..... non sono state iscritte perché: …… …… …… …… ……

7.	**Istituzione del luogo di residenza**

7.1. Denominazione …….
7.2. Indirizzo (2) ……..
7.3. Timbro

7.4. Data ……..

7.5. Firma ……

2

AVVERTENZA

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

INFORMAZIONI PER L'ASSICURATO

a) Il presente attestato dà diritto a beneficiare delle prestazioni sanitarie in natura a Lei ed ai Suoi familiari.

b) Deve consegnare le due copie del modulo al più presto all'Istituto di assicurazione del luogo di residenza e cioè:
   - in Italia: in linea di massima all'Unità Sanitaria Locale (USL) competente per territorio; per i marittimi ed il personale navigante dell'aviazione civile agli Uffici di sanità marittima o aerea del Ministero della Salute.
   - nel Principato di Monaco: alla C.C.C.S., 11, rue Louis Notari – MC 98030 Monaco.

c) Agli effetti del diritto alle prestazioni in natura il presente attestato è valido per il periodo indicato al punto 4.

d) Lei ed i Suoi familiari siete tenuti ad informare l'Istituzione alla quale il modulo 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 Sua o dei Suoi familiari.

NOTE

(1) Da compilare solo qualora il modulo sia rilasciato su richiesta dall'Istituzione del luogo di residenza.
(2) Via, numero civico, codice postale, località, Paese.
(3) Indicare solo i familiari che seguono il lavoratore.
(4) Indicare solo nel caso che l'indirizzo dei familiari sia diverso da quello del lavoratore.

I/MC 8
MC/I 8

CONVENZIONE ITALO - MONEGASCA DI SICUREZZA SOCIALE DEL 12 FEBBRAIO 1982

ATTESTATO RIGUARDANTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE IN NATURA IN CASO DI CURE URGENTI

Convenzione: Art.10 par.3 (solo per le cure urgenti); art.11 par.1 lett. a e par.3; art.37
Accordo amministrativo : Art. 12; art. 40

L'attestato non può essere rilasciato agli esercenti una libera professione o ai titolari di pensione acquisita a titolo di una attività libero-professionale.

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

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

1

1.1 Cognome Nome Cognome da nubile Data di nascita

.....

1.2 Nazionalità .....

1.3 Indirizzo nel Paese di residenza (1)

.....

1.4 Numero d'iscrizione .....

2 Familiari (2)

2.1 Cognome Nome Cognome da nubile Data di nascita Parentela

.....

.....

.....

2.2 Indirizzo nel Paese di residenza (3) .....

3 Diritto alle prestazioni

3.1 ❒ La persona indicata al quadro 1 ❒ i familiari indicati al quadro 2

3.2 Ha/Hanno diritto alle prestazioni in natura

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

4	Istituzione competente

4.1 Denominazione : .....

4.2 Indirizzo (1) .....

.....

4.3 Timbro

4.4 Data .....

4.5 Firma .....

AVVERTENZE

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

L'Istituzione competente compila il modulo e lo consegna 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 permette alle persone sopra nominate, che si trovino in temporaneo soggiorno nel territorio dell'altro Paese, di ottenere, nel caso di necessità immediata, le prestazioni in natura di malattia e maternità, e, per il solo lavoratore assicurato, le prestazioni per infortunio e malattia professionale.

b) Il modulo deve essere presentato all'Istituto di assicurazione del Paese di temporaneo soggiorno e cioè:
   - In Italia, per la totalità degli assistiti, all'Unità Locale Socio Sanitaria (ULSS) competente per territorio;
     per il personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile, all'ufficio di Sanità Marittima e Aerea, del Ministero della Sanità, competente per territorio;
   - Nel PRINCIPATO DI MONACO: alla C.C.C.S., 11, rue Louis Notari - MC 98030 Monaco.

NOTE

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

(2) Indicare soltanto i familiari che si recano in temporaneo soggiorno nell'altro Paese.

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

I/MC 9
MC/I 9

CONVENZIONE ITALO - MONEGASCA DI SICUREZZA SOCIALE
DEL 12 FEBBRAIO 1982

AUTORIZZAZIONE AL TRASFERIMENTO PER CURE

Convenzione: art. 10.3 (per la parte autorizzatoria); art. 11, par. 1, lett. b e c.
Accordo amministrativo: art. 13

Questo formulario non può essere rilasciato agli esercenti una libera professione o ai titolari di pensione acquisita in virtù di una attività libero professionale.

1.	**Lavoratore subordinato /__/**	**Titolare di pensione o rendita /__/ (regime lavoratori subordinati)**
	Lavoratore autonomo /__/	**Titolare di pensione o rendita /__/ (regime lavoratori autonomi)**

1.1.	Cognome	Nome	Cognome da nubile	Data di nascita
	……			
1.2.	Nazionalità ……			
1.3.	Indirizzo nel paese competente (1) ……			
1.4.	Numero di iscrizione ……			

2.	**Familiare che si trasferisce**

2.1.	Cognome	Nome	Cognome da nubile	Data di nascita	Parentela
	……				
2.2.	Indirizzo nel paese competente (1) (2)				
	…….....				
	.....				

3.	**Autorizzazione**

3.1.	La persona menzionata al **quadro 1 / quadro 2** è autorizzata a trasferirsi per (3):
	……..
	……..
	presso (4): ……
	……..
	.....
3.2.	In virtù del presente attestato le prestazioni possono essere concesse nel periodo
	da …….. a…….

1

4.	Istituzione competente

4.1. Denominazione …….
4.2 Indirizzo (1) ……...
……...
4.3 Timbro

4.4. Data ……

4.5. Firma ……..

AVVERTENZA

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

INFORMAZIONI PER L'ASSICURATO

Il presente attestato deve essere da Lei presentato senza indugio all'Istituzione di assicurazione malattia e maternità del luogo dove si è trasferito, ovverosia:

- in Italia: all'Unità Sanitaria Locale (USL) competente per territorio;
- nel Principato di Monaco: alla C.C.C.S., 11, rue Louis Notari – MC 98030 Monaco.

L'attestato è valido per il periodo indicato al punto 3.2.

NOTE

(1) Via, numero civico, codice postale, località, Paese.
(2) Compilare solo nel caso che l'indirizzo del familiare sia diverso da quello del lavoratore o pensionato.
(3) Indicare la diagnosi.
(4) Da precisare, se del caso.

2

I/MC 10

CONVENZIONE ITALO – MONEGASCA DI SICUREZZA SOCIALE
DEL 12 FEBBRAIO 1982

NOTIFICA DELLA SOSPENSIONE O SOPPRESSIONE DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE IN NATURA

(Lavoratori temporanei – Familiari di lavoratori)

Accordo amministrativo: art. 11

1.	**All'Istituzione destinataria**

1.1.	Denominazione ……..
1.2.	Indirizzo (1) ……..

2.	**Lavoratore subordinato /__/ Lavoratore autonomo /__/ Lavoratore temporaneo/__/**

2.1.	Cognome Nome Cognome da nubile Data di nascita
	……
2.2.	Indirizzo nel paese di residenza(1) ……
	……
2.3.	Numero di iscrizione ……..

3.	**Familiari**

	Cognome Nome Cognome da nubile Data di nascita Parentela
3.1.	……
3.2.	……
3.3.	……
3.4.	……
3.5.	……
3.6.	Indirizzo nel paese di residenza (1) (2) ……
	……

1

4.	**Notifica**

4.1. La persona indicata al quadro 2 /__/ i familiari indicati al quadro 3 /__/
4.2. cessano di soddisfare alle condizioni per beneficiare delle prestazioni sanitarie in natura a partire dal ……..
4.3. per i seguenti motivi:

/__/ l'iscrizione del lavoratore ha cessato di produrre effetto;
/__/ il titolare è deceduto il ……;
/__/ i familiari suindicati non sono più a carico del titolare;
/__/ i familiari suindicati hanno trasferito la residenza;
/__/ ……
/__/ ……....

5.	**Istituzione che compila il formulario**

5.1. Denominazione …….
5.2. Indirizzo (1) ……..
……...
5.3. Timbro

5.4. Data ……

5.5. Firma ……..

AVVERTENZA

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

NOTE

(1) Via, numero civico, codice postale, località, Paese.
(2) Da indicare solo qualora differisca da quello del titolare.

2

I/MC 10 bis
MC/I 10 bis

CONVENZIONE ITALO - MONEGASCA DI SICUREZZA SOCIALE
DEL 12 FEBBRAIO 1982

NOTIFICA DELLA SOSPENSIONE O SOPPRESSIONE DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE IN NATURA

(Lavoratori distaccati - pensionati)

Accordo amministrativo: art. 11

1.	**All'Istituzione destinataria**

1.1. Denominazione ……
1.2. Indirizzo (1) ……

2. Lavoratore distaccato /__/

Titolare di pensione o rendita /__/ (regime lavoratori subordinati)

Titolare di pensione o rendita /__/ (regime lavoratori autonomi)

2.1. Cognome Nome Cognome da nubile Data di nascita
……
2.2. Indirizzo nel paese di residenza (1) ……
……
2.3. Numero di iscrizione ……

3.	**Familiari**

	Cognome	Nome	Cognome da nubile	Data di nascita	Parentela
3.1.					
3.2.					
3.3.					
3.4.					
3.5.					

3.6. Indirizzo nel paese di residenza (1) (2) ……
……

1

4.	**Notifica**

4.1. La persona indicata al quadro 2 /__/ i familiari indicati al quadro 3 /__/
4.2. cessano di soddisfare alle condizioni per beneficiare delle prestazioni sanitarie in natura a partire da……..
4.3. per i seguenti motivi:

/__/ l'iscrizione del lavoratore ha cessato di produrre effetto;
/__/ la pensione o la rendita del titolare è stata sospesa/soppressa;
/__/ il titolare è deceduto il ……;
/__/ i familiari succitati non sono più a carico del titolare;
/__/ i familiari succitati hanno trasferito la residenza;
/__/ …….....
/__/ …….....

5.	**Istituzione che compila il formulario**

5.1. Denominazione …….
5.2. Indirizzo (1) ……..
……..
5.3. Timbro

5.4. Data ……

5.5. Firma ……..

AVVERTENZA

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

NOTE

(1) Via, numero civico, codice postale, località, Paese.
(2) Da indicare solo qualora differisca da quello del titolare.

2

I/MC 13
MC/I 13

CONVENZIONE ITALO - MONEGASCA DI SICUREZZA SOCIALE
DEL 12 FEBBRAIO 1982

RICOVERO OSPEDALIERO
NOTIFICA DI ENTRATA E USCITA

Convenzione: art. 11, par. 1, lett. a) e par. 3.
Accordo amministrativo: art. 12.

Il presente modulo deve essere compilato nei casi di rimborso delle prestazioni in natura al costo effettivo. Va compilato dalla Istituzione del luogo di soggiorno temporaneo o di residenza: al quadro 4 per notificare l'entrata in un Istituto di cura, al quadro 5 per notificare l'uscita. Deve essere inviato immediatamente all'Istituzione competente.

1.	**All'Istituzione competente**

1.1.	Denominazione ……
1.2.	Indirizzo (1) ……

2.	**Lavoratore subordinato /__/**	**Lavoratore autonomo /__/**
	Titolare di pensione o rendita /__/ (regime lavoratori subordinati)	**Titolare di pensione o rendita /__/ (regime lavoratori autonomi)**

2.1.	Cognome	Nome	Cognome da nubile	Data di nascita
	……			
2.2.	Nazionalità ……			
2.3.	Indirizzo nel Paese competente (1) ……			
	……			
2.4.	Numero di iscrizione ……			

3.	**Familiare ricoverato**

	Cognome	Nome	Cognome da nubile	Data di nascita	Parentela
3.1.	……				
3.2.	Indirizzo nel paese competente (1) (2) ……				
	……				

1

4.	**Notifica di entrata**

4.1. La persona menzionata al quadro 2 /__/ al quadro 3 /__/
4.2. è stata ricoverata il ……
4.3. presso (3) ……..…
……..
4.4. a seguito di (4):
malattia /__/ maternità /__/ infortunio sul lavoro /__/
malattia professionale /__/ infortunio extraprofessionale /__/
4.5. di cui alla allegata documentazione sanitaria giustificativa.
4.6. Si prevede che la degenza si protrarrà fino al .....

5.	**Notifica di uscita**

5.1. La degenza notificata
5.2. con il formulario ……. del …… nel quadro 4
5.3. è terminata il …….

6.	**Attestato di diritto**

6.1. (5) /__/ La persona succitata è in possesso del Vostro attestato di diritto rilasciato con formulario …… del ……

6.2. (5) /__/ La persona succitata non possiede l'attestato di diritto alle prestazioni sanitarie. Noi Vi preghiamo di trasmettere un esemplare all'Istituzione del luogo di residenza o di soggiorno temporaneo.

7.	**Istituzione del luogo di residenza o di soggiorno temporaneo**

7.1. Denominazione ……..
7.2. Indirizzo (1) ……..
……
7.3. Timbro

7.4. Data ……

7.5. Firma ……..

AVVERTENZA

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

NOTE

(1) Via, numero civico, codice postale, località, Paese.
(2) Da indicare esclusivamente quando l'indirizzo del familiare differisce da quello indicato al quadro 2.
(3) Denominazione dell'Istituto di cura.
(4) Contrassegnare il caso di interesse.
(5) Barrare il caso adeguato.

2

I/MC 14
MC/I 14

CONVENZIONE ITALO - MONEGASCA DI SICUREZZA SOCIALE
DEL 12 FEBBRAIO 1982

ACCORDO PER LA CONCESSIONE DI PROTESI, GRANDI APPARECCHI ED ALTRO
Convenzione: art. 15
Accordo amministrativo: art. 14

Il presente formulario deve essere redatto per il rimborso delle prestazioni in natura effettivamente sostenute. La Istituzione del luogo di soggiorno temporaneo o di residenza compila la parte A e trasmette all'Istituzione competente uno o due esemplari del formulario a seconda che la notifica riguardi, rispettivamente, il punto 5.3 o il punto 5.2.
L'Istituzione competente, qualora ravvisi di doversi opporre all'erogazione delle prestazioni, dovrà compilare la parte B e inviare un esemplare del formulario all'Istituzione del luogo di temporaneo soggiorno o di residenza.

PARTE A: Notifica

1. All'Istituzione competente
1.1. Denominazione ……
1.2. Indirizzo (1) ……
……

2. Lavoratore subordinato /__/ **Lavoratore autonomo /__/**
Titolare di pensione o rendita /__/ **Titolare di pensione o rendita /__/**
(regime lavoratori subordinati) *(regime lavoratori autonomi)*
2.1. Cognome Nome Cognome da nubile Data di nascita
……
2.2. Nazionalità ……
2.3. Indirizzo nel paese di residenza (1) ……
……
2.4. Numero di iscrizione ……

3. Familiare che necessita della prestazione
Cognome Nome Cognome da nubile Data di nascita Parentela
3.1. ……
3.2. Indirizzo nel paese di residenza (1) (2) ……
……

4. Controllo sanitario
4.1. I Servizi sanitari di questa Istituzione hanno riconosciuto per la persona indicata
al quadro 2 /__/ al quadro 3 /__/ la necessità /__/ l'urgenza /__/
4.2. della seguente prestazione: ……
……
……
……
4.3. il cui costo probabile /__/ effettivo /__/ è di (3) ……

1

5.	**Comunicazione**
5.1.	Le prestazioni citate al quadro 4
5.2.	/__/ saranno accordate qualora, entro 30 giorni dalla data di invio della presente notifica, non pervenga da parte vostra motivata opposizione;
5.3.	/__/ sono già state concesse per motivi di urgenza il giorno ……..

6.	**Istituzione del luogo di residenza o di soggiorno temporaneo**

6.1. Denominazione …….

6.2. Indirizzo (1) ……..

……

6.3. Timbro

6.4. Data ……

6.5. Firma ……

PARTE B: Decisione

7.	**Decisione**
7.1.	Con riferimento al precedente punto 5.2. Vi informiamo che la prestazione richiesta al quadro 4 non può essere concessa.
7.2.	Motivazione: ……..
	……
	……
	……
	……

8.	**Istituzione competente**

8.1 Denominazione ……..

8.2. Indirizzo (1) ……...

……

8.3. Timbro

8.4. Data ……

8.5. Firma ……...

AVVERTENZA

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

NOTE

(1) Via, numero civico, codice postale, località, Paese.

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

(3) Importo da indicare nella moneta del Paese di temporaneo soggiorno o di residenza abituale.

2

7.7. Formulari per la Repubblica di San Marino

CONVENZIONE DI SICUREZZA SOCIALE ITALIA – SAN MARINO

Vedi «istruzioni» a pagina 4 (1)

001	I.SMAR

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

☐ un lavoratore
☐ un titolare di pensione
☐ altro

Convenzione: art. 45

L'istituzione mittente compila la parte A e invia due copie del presente modello all'istituzione destinataria, che a sua volta compila la parte B e rinvia una copia all'istituzione mittente. Il presente modello 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 Codice Fiscale/Codice I.S.S. (13)

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

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:
.....

001	I.SMAR

8 Beneficiario

8.1 Cognome(5): .....

8.2 Nomi ..... Cognomi di nascita (5): .....

8.3 Luogo di nascita (12) ..... Data di nascita (12) .....

8.4 Sesso ..... Cittadinanza (9) .....

8.5 Indirizzo (11) .....

8.6 Codice Fiscale/Codice I.S.S. (13) .....

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

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

9.1 ☐ dei formulari: .....

9.2 ☐ dei documenti: .....

.....

9.3 ☐ delle seguenti informazioni: .....

.....

9.4 Motivo della richiesta: .....

10 Cambiamento di situazione: si sono verificati i seguenti cambiamenti

.....

.....

.....

.....

11 Varie

.....

.....

.....

.....

12 Istituzione che compila la parte A

12.1 Denominazione: ..... Numero di codice (2): .....

12.2 Indirizzo (3): .....

.....

12.3 Timbro

12.4 Data .....

12.5 Firma

.....

2

001	I.SMAR

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

.....

001	I.SMAR

AVVERTENZE

Il presente modello 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; SM = San Marino
(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 = 01. 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 **Codice Fiscale**. Per i cittadini sammarinesi indicare il **Codice I.S.S**.

CONVENZIONE DI SICUREZZA SOCIALE ITALIA – SAN MARINO

Vedi «istruzioni» a pagina 2 (1)

5 I.SMAR

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 – familiari di lavoratori – disoccupati e familiari
Convenzione: artt. 12 lettera a), 12 bis e 14 Accordo amministrativo: artt: 8, 13 e 14

L'Istituzione competente – previa acquisizione del mod. I.SMAR1 o I.SMAR2 - compila la parte A del modello 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 modello e rinvia un esemplare del modello 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): .....

.....

2 ☐ Lavoratore

2.1 Cognome:

.....

2.2 Nomi: ..... Cognomi precedenti: ..... Data di nascita: .....

2.3 Indirizzo nel Paese di residenza (4): .....

2.4 Codice Fiscale/Codice I.S.S. (5): .....

3 ☐ il lavoratore sopraindicato e i familiari (6) con lui residenti ☐ familiari residenti nell'altro Stato

4 ☐ hanno diritto alle prestazioni in natura per malattia e maternità

dal .....

5 Tale diritto si protrae (7)

5.1 ☐ fino a quando non sia stato notificato l'annullamento del presente attestato

5.2 ☐ per un anno dalla data specificata al punto 4

5.3 ☐ fino al ..... compreso

6 Istituzione competente per la malattia-maternità

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

6.2 Indirizzo (4): .....

.....

6.3 Timbro

6.4 Data .....

6.5 Firma .....

B. Notifica dell'iscrizione

7

7.1 Il lavoratore indicato al quadro 2 ed i familiari

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

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

.....

8	Familiari iscritti					☐ familiari residenti nell'altro Stato
8.1	Cognome ……		Sesso			
	Nomi	Cognomi precedenti	F	M	Data di nascita	Codice Fiscale/Codice I.S.S.
8.2	.....	.....	☐	☐	……	……
8.3	.....	.....	☐	☐	.....	……
8.4	.....	.....	☐	☐	……	..... ……
8.5	.....	.....	☐	☐	……	……
8.6	.....	.....	☐	☐	……	……
8.7	.....	.....	☐	☐	……	……
8.8	.....	.....	☐	☐	……	..... ……
8.9	.....	.....	☐	☐	……	……

9	Istituzione del luogo di residenza

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

9.2 Indirizzo (4): .....

.....

9.3 Timbro

9.4 Data .....

9.5 Firma .....

AVVERTENZE

Il presente modello 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 la persona assicurata

a) Il presente modello dà diritto, a voi e ai vostri familiari, a percepire le prestazioni in natura dell'assicurazione malattia-maternità.
b) I due esemplari di modello in vostro possesso devono essere presentati al più presto all'istituto di assicurazione malattia e maternità del luogo in cui risiedete.
c) Gli istituti di assicurazione malattia e maternità sono:
in **Italia**, l'Azienda sanitaria locale (ASL) competente per il territorio. Per i marittimi e il personale navigante dell'aviazione civile, il Ministero della Salute, ufficio di sanità marittima o aerea;
a **San Marino, l'Istituto per la Sicurezza Sociale (I.S.S.)**
d) Agli effetti del diritto alle prestazioni in natura, il presente modello è valido per il periodo indicato con una X nel riquadro 5, a partire dalla data riportata al punto 4.
e) **Voi o i vostri familiari siete tenuti ad informare l'istituzione che vi ha rilasciato questo attestato e quella alla quale il modello è stato presentato, di qualsiasi cambiamento avvenuto nella vostra situazione che possa modificare il diritto alle prestazioni in natura, in particolare: l'abbandono, il mutamento, la ripresa dell'occupazione, oppure qualsiasi trasferimento di residenza o di dimora vostra o dei vostri familiari.**

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A dello stampato: I = Italia; SM = San Marino.
(2) Da compilare solo qualora si ha conoscenza dell'istituzione del paese di residenza dove l'attestato sarà presentato.
(3) Per l'Italia è obbligatorio.
(4) Via, numero, codice postale, località, paese. Per l'Italia è obbligatorio.
(5) Per i cittadini italiani indicare il numero di **Codice Fiscale**. Per i cittadini sammarinesi indicare il **Codice I.S.S.**
(6) I familiari aventi diritto si individuano secondo la legislazione del paese di residenza.
(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.

CONVENZIONE ITALIA – SAN MARINO

Vedi «istruzioni» a pagina 3 (1)

6 I.SMAR

DOMANDA DI ATTESTATO DI DIRITTO A PRESTAZIONI IN NATURA

Convenzione: artt. 12 lett. a), 12 bis, 13par.1 lett.a e b) e par. 3, 14. 15 par. 2
Accordo amministrativo: artt. 8, 10, 11, 13, 14 e 15

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 modello 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 da parte dell'istituto di residenza o di dimora

1 Istituzione

1.1 Denominazione: ..... Numero di codice (2): .....

1.2 Indirizzo (3): .....

.....

.....

2 ☐ Lavoratore ☐ Altro
☐ Titolare di pensione

2.1 Cognome:

.....

2.2 Nomi: ..... Cognomi precedenti: ..... Data di nascita: .....

2.3 Indirizzo nel Paese di residenza (4): .....

2.4 Codice Fiscale/Codice I.S.S. (5): .....

2.5 ☐ Titolare di pensione o rendita di

☐ vecchiaia ☐ invalidità ☐ superstiti

☐ infortunio sul lavoro ☐ malattia professionale

N. ..... (6) categoria: .....

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 .....

.....

.....

.....

1

6 I.SMAR

4 Familiari

4.1 (5)	Cognome (7)	Nomi	Data di nascita	Codice Fiscale/Codice I.S.S.
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

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 ☐ ambulatoriale ☐ ricovero

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 – modello .....

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 modello 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 .....

AVVERTENZE

Il presente modello 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; SM = San Marino.
(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**. Per i cittadini sammarinesi indicare il **Codice I.S.S.**
(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 modello da rinviare lo consente.

CONVENZIONE DI SICUREZZA SOCIALE ITALIA – SAN MARINO

Vedi «istruzioni» a pagina 2 (1)

7	I.SMAR

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

Residenti in un paese diverso da quello competente
Convenzione: artt. 12 lett. a), 12 bis, 14 e 15; Accordo amministrativo: artt. 8, 13 14 e 15

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 modello all'istituzione competente.

A. Notifica

1

1.1 Denominazione: ..... Numero di codice (2): .....

1.2 Indirizzo (3): .....

.....

.....

2 ☐ Lavoratore
☐ Titolare di pensione
☐ Altro

2.1 Cognome:

.....

2.2 Nomi: ..... Cognomi precedenti: ..... Data di nascita: .....

2.3 Indirizzo nel Paese di residenza (4): .....

2.4 Codice Fiscale/Codice I.S.S. (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 Codice Fiscale/Codice I.S.S. (5): .....

4 Il diritto attestato con il nostro modello ..... 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 ☐ Istituzione di residenza

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 residenza ☐ Istituzione competente

8.1 Denominazione: ..... Numero di codice (2): .....

8.2 Indirizzo (3): .....

.....

8.3 Timbro

8.4 Data .....

8.5 Firma

.....

AVVERTENZE

Il presente modello devo essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le linee apposite 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.

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'Istituzione: I = Italia; SM = San Marino.
(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**. Per i cittadini sammarinesi indicare il **Codice I.S.S.**.
(6) Da compilare nei casi in cui lo stampato notifichi la soppressione o la sospensione del diritto alle prestazioni in natura dei soli familiari; inviare un modello per ogni familiare.
(7) Indicare l'eventuale altro motivo

2

CONVENZIONE DI SICUREZZA SOCIALE ITALIA – SAN MARINO

Leggere le avvertenze a pagina 2 (1)

8 I.SMAR

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

Convenzione: artt.. 13 part. lett. a); 15 par 2; Accordo amministrativo: artt. 10

" Attenzione: il presente documento non dà alcun diritto se lo scopo del viaggio è quello di ricevere una cura medica all'estero"

1 ☐ Lavoratore ☐ Titolare di pensione ☐ Altro

1.1 Cognome (3bis) : .....

1.2 Nomi: ..... Luogo e data di nascita: .....

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

1.4 Codice Fiscale/Codice I.S.S. (3): .....

2 La persona indicata ☐ al quadro 1 ha diritto alle prestazioni in natura dell'assicurazione malattia e maternità che possono essere corrisposte (4)

2.1 ☐ dal ..... al ..... incluso

3 Istituzione competente

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

3.2 Indirizzo (2): .....

.....

3.3 Timbro

4.4 Data .....

4.5 Firma .....

1

AVVERTENZE

Il presente modello devo essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le linee apposite 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. L'istituzione competente compila il modello 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:
in caso di urgenza, a tutti gli aventi diritto che si trovino in temporaneo soggiorno nell'altro Stato, di ottenere, da parte degli organismi assicuratori del predetto Stato di dimora, le prestazioni in natura di malattia (comprese quelle riferite a malattie croniche o preesistenti) e di maternità.
Il presente documento non dà diritto a prestazioni in natura, qualora l'obiettivo del viaggio sia di ricovero per prestazioni mediche all'estero.

b) Questo documento deve essere presentato all'istituzione di assicurazione del paese di dimora e cioè:
in **Italia**, per la totalità degli assistiti, all'Azienda sanitaria locale (ASL) 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 **San Marino, all'Istituto per la Sicurezza Sociale (I.S.S.)**

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'Istituzione: I = Italia; SM = San Marino.
(2) Via, numero, codice postale, località, Paese. Per l'Italia è obbligatorio.
(3) Per i cittadini italiani indicare il **Codice Fiscale**. Per i cittadini sammarinesi il **Codice I.S.S**.
(3 bis) Per le donne indicare il cognome da nubile.
(4) Per l'Italia la durata massima dell'attestato è di **tre mesi** ed è rinnovabile.
(5) Indicare se esiste. Per l'Italia è obbligatorio.

CONVENZIONE DI SICUREZZA SOCIALE ITALIA – SAN MARINO

Vedi istruzioni a pagina 2 (1)

8 bis | I.SMAR

ATTESTATO RIGUARDANTE L'AUTORIZZAZIONE AL TRASFERIMENTO PER CURE SANITARIE NELL'ALTRO STATO

Convenzione: art. 13 lett. b; Accordo amministrativo: art. 11

Le istituzioni competenti rilasceranno il presente modello, alla persona assicurata o al pensionato o al loro familiare, solo dopo l'espletamento delle modalità previste dall'ordinamento del proprio Stato.

1 ☐ Lavoratore ☐ Titolare di pensione ☐ Altri

1.1 Cognome: .....

1.2 Nomi: ..... Cognomi precedenti: ....

Luogo di nascita..... Data di nascita.....

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

.....

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

.....

1.5 Codice Fiscale/Codice I.S.S. (3): .....

2 La persona indicata ☐ al quadro 1

è autorizzata a conservare il beneficio delle prestazioni in natura di malattia e maternità

☐ dell'assicurazione malattia-maternità ☐ dell'assicurazione infortuni

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

2.1 ☐ per ricevere cure presso

..... (4)

.....

o in qualsiasi altro centro di uguale natura nel caso di un trasferimento necessario per ragioni di cure mediche

2.2 ☐ per inviare campioni biologici da analizzare

3 In virtù del presente attestato le prestazioni possono essere concesse

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

4 Il rapporto del nostro medico di controllo

4.1 ☐ è allegato in busta chiusa

4.2 ☐ è stato inviato il ..... a (5) .....

.....

4.3 ☐ può essere richiesto alla sottoscritta istituzione

4.4 ☐ non è stato compilato

5 Istituzione competente

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

5.2 Indirizzo (2): .....

.....

5.3 Timbro

6.4 Data .....

6.5 Firma .....

AVVERTENZE

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

Avvertenze per l'assicurato

Il presente attestato deve essere da voi presentato senza indugio all'istituzione di assicurazione malattia e maternità del luogo nel quale vi siete trasferito per cure, e cioè:
in **Italia**, all'Azienda sanitaria locale (ASL) competente per il territorio;
a **San Marino,** all'Istituto per la Sicurezza Sociale (I.S.S.).

Una copia del modello verrà presentato anche all'istituzione che fornisce la cura.

NOTE

(1) indicare la sigla del paese dell'istituzione: I = Italia; SM = San Marino.
(2) Via, numero, codice postale, località, paese. Per l'Italia è obbligatorio.
(3) Per i cittadini italiani, indicare il numero di **Codice Fiscale**. Per i cittadini sammarinesi inserire il **Codice I.S.S.**
(4) Da precisare se del caso.
(5) Denominazione e indirizzo dell'istituzione alla quale è stato inviato il rapporto medico in parola.
(6) Indicare se esiste. Per l'Italia è obbligatorio.

CONVENZIONE DI SICUREZZA SOCIALE ITALIA – SAN MARINO

Vedi «istruzioni» a pagina 2 (1)

9 I.SMAR

RICOVERO OSPEDALIERO – NOTIFICA DI ENTRATA E DI USCITA

Convenzione: artt. 13 par. 1 lett a) e b) e 15 par. 2; Accordo amministrativo: artt. 10 e 11

Il presente modello deve essere compilato dall'istituzione del luogo di dimora: nella parte A per notificare l'entrata nell'istituto di cura, nella parte B per la notifica di uscita, e inviato all'istituzione competente.

1 All'istituzione competente

1.1 Denominazione: ..... Numero di codice (2): .....

1.2 Indirizzo (3) .....

.....

2 ☐ Lavoratore
☐ Titolare di pensione
☐ Altro

2.1 Cognome: .....

2.2 Nomi: ..... Cognomi precedenti: ..... Data di nascita: .....

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

.....

.....

2.4 Codice Fiscale/Codice I.S.S.(4): .....

3 Familiare ricoverato (5)

3.1 Cognome: .....

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

3.3 Indirizzo nel paese di residenza o di dimora (3): .....

.....

3.4 Codice Fiscale/Codice I.S.S. (4): .....

4 Riferimento:

4.1 ☐ al vostro modello ..... del ..... (6)

4.2 ☐ al nostro modello I.SMAR 6 del .....

A. Notifica di entrata

5 La persona indicata indicata ☐ al quadro 2 ☐ al quadro 3

5.1 è stata ricoverata il .....

5.2 presso (7) .....

5.3 a seguito di ☐ malattia ☐ maternità ☐ infortunio sul lavoro

☐ malattia professionale (8)

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

☐ (9) Documenti giustificativi o rapporto medico in allegato.

B. Notifica di uscita

6 La degenza notificata

☐ con modello I.SMAR 9 del .....

☐ nella parte A che precede

e terminata il .....

1

9	I.SMAR

7	Istituzione del luogo di residenza o di dimora

7.1 Denominazione: ..... Numero di codice (2): .....

7.2 Indirizzo (3): .....

.....

7.3 Timbro

7.4 Data ……..

7.5 Firma ……

AVVERTENZE

Il presente modello devo essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le linee apposite 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.

NOTE

(1) indicare la sigla del paese dell'istituzione: I = Italia; SM = San Marino
(2) Da indicare, se possibile. Per l'Italia è obbligatorio.
(3) Via, numero, codice postale, località, paese. Per l'Italia è obbligatorio.
(4) Per i cittadini italiani, indicare il numero di **Codice Fiscale**. Per i cittadini sammarinesi indicare il **Codice I.S.S.**
(5) Da indicare esclusivamente quando l'indirizzo del familiare differisce da quello indicato nel quadro 2.
(6) Indicare il numero e la data del modello attestante il diritto alle prestazioni dell'assicurato.
(7) Denominazione dell'istituto di cura.
(8) Da indicare.
(9) Se del caso, riportare una X nel quadratino.

2

CONVENZIONE DI SICUREZZA SOCIALE ITALIA – SAN MARINO

Vedi istruzioni a pagina 3 (1)

11	I.SMAR

ATTESTATO PER L'ISCRIZIONE DEI TITOLARI DI PENSIONE O RENDITA O DEI LORO FAMILIARI

Convenzione: art. 15; Accordo amministrativo: art.15

L'Istituzione competente per il rilascio dell'attestato compila la parte A del modello e consegna due copie del modello stesso al titolare di pensione o rendita o al suo familiare, oppure invia tali copie all'istituzione del luogo di residenza, qualora sia stata questa istituzione a richiedere il modello di cui trattasi. L'istituzione del luogo di residenza, ricevute le due copie citate, compila la parte B e trasmette una copia del modello all'istituzione indicata al quadro 6.

A. Notifica del diritto

1 All'istituzione del luogo di residenza (2)

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

1.2 Indirizzo (4): .....

.....

2 ☐ 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 Data dell'eventuale trasferimento: .....

2.5 Codice Fiscale/Codice I.S.S. (5): .....

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

3.1 La persona soprannominata è titolare di pensione o rendita

☐ di vecchiaia ☐ d'invalidità ☐ ai superstiti

☐ d'infortunio sul lavoro ☐ di malattia professionale

3.2 a decorrere dal ……

3.3 Numero della pensione o della rendita: .....

4 Istituzione che compila il quadro 3

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

4.2 Indirizzo (4): .....

.....

4.3 Timbro

4.4 Data ……

4.5 Firma ……

1

11	I.SMAR

5 Da compilarsi da parte dell'istituzione di assicurazione malattia e maternità del Paese debitore della pensione o rendita (7)

5.1 Numero di codice dell'istituzione d'istruttoria (3): ……

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

5.3 L'onere di dette prestazioni, da concedere nello Stato di residenza, diverso da quello competente, è a carico della sottoscritta istituzione

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

5.5 ☐ per la durata di un anno a decorrere dal ..... (8)

5.6 ☐ restituzione della Tessera europea TEAM di assicurazione malattia n…….. valida fino al ……(9)

6 Istituzione che compila il quadro 5 (7)

6.1 Denominazione: …….. Numero di codice (3):

6.2 Indirizzo (4): ……

6.3 Timbro

6.4 Data ……

6.5 Firma ……

B. **Notifica dell'iscrizione o della non-iscrizione all'Istituzione indicata al quadro n. 6**

7

7.1 La persona indicata al quadro 2 ed i suoi familiari

7.2 ☐ sono stati iscritti presso la sottoscritta istituzione dal ……

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

……

……

……

8 Familiare del titolare di pensione o rendita (6)

8.1 Cognome ……

	Nomi	Cognomi precedenti	Sesso F	Sesso M	Data di nascita	Codice Fiscale/Codice I.S.S.
8.2	.....	.....	☐	☐	……	……
8.3	.....	.....	☐	☐	.....	……
8.4	.....	.....	☐	☐	……	..... ……
8.5	.....	.....	☐	☐	……	……
8.6	.....	.....	☐	☐	……	……
8.7	.....	.....	☐	☐	……	……
8.8	.....	.....	☐	☐	……	..... ……
8.9	.....	.....	☐	☐	……	……

8.10 L'onere di dette prestazioni, da concedere nello Stato di residenza, è a carico dell'istituzione competente a decorrere dal..... e fino alla notifica di annullamento del presente attestato.

9	Istituzione del luogo di residenza del titolare di pensione o di rendita o del familiare
9.1	Denominazione: ..... Numero di codice (3): .....
9.2	Indirizzo (4): .....
	.....
9.3	Timbro
	9.4 Data …….. .....
	9.5 Firma ……

AVVERTENZE

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

Avvertenze per il titolare di pensione o rendita o per il suo familiare

a) Le due copie del presente modello devono essere da voi consegnate non appena possibile all'istituzione di assicurazione:
in **Italia**, all'Azienda sanitaria locale (ASL) competente per il territorio;
a **San Marino**, all'Istituto per la Sicurezza Sociale (I.S.S.).

b) **Siete tenuto ad informare l'Istituto di assicurazione malattia che vi ha rilasciato il modello e quella a cui avrete presentato il modello, di qualsiasi variazione verificatasi nella vostra situazione che possa modificare il diritto alle prestazioni in natura (sospensione o soppressione della pensione o rendita, di ogni cambiamento del luogo di residenza ecc.)**

NOTE

(1) indicare la sigla del paese dell'istituzione: I = Italia; SM = San Marino
(2) da compilare solo qualora il modello sia stato richiesto dall'istituzione del luogo di residenza.
(3) Indicare, se esiste. Per l'Italia è **obbligatorio**
(4) Via, numero, codice postale, località, paese. Per l'Italia è obbligatorio
(5) per i cittadini italiani indicare il numero di **Codice Fiscale**. Per i cittadini sammarinesi indicare il **Codice I.S.S**.
(6) da compilarsi da parte dell'istituzione di assicurazione malattia quando riguarda un familiare
(7) in Italia, i quadri 5 e 6 vanno compilati esclusivamente dalla ASL - o dal Ministero della Salute.
(8) per l'Italia l'attestato **NON** può essere rilasciato per un periodo superiore ad un anno ed è rinnovabile.
(9) vale solo per l'Italia

CONVENZIONE DI SICUREZZA SOCIALE ITALIA – SAN MARINO

Vedi «istruzioni» a pagina 2 (1)

13	I.SMAR

TARIFFE PER IL RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI IN NATURA

Convenzione: artt. 13 e 15 par. 2;Accordo amministrativo: artt. 10 e 11

L'Istituzione compila la parte A del modello e ne invia due copie all'istituzione che avrebbe dovuto erogare le prestazioni all'interessato nel paese di dimora, direttamente o tramite l'organismo di collegamento. L'istituzione del luogo di dimora, redatta la parte B del modello, restituisce una copia all'istituzione competente.

A. Domanda

1 All'istituzione destinataria (2)

1.1 Denominazione: .....

1.2 Indirizzo (3): .....

.....

.....

2 ☐ Lavoratore ☐ Titolare di pensione
☐ Altro

2.1 Cognome :

.....

2.2 Nomi: ..... Cognomi precedenti (4): ..... Data di nascita: .....

2.3 Codice Fiscale/Codice I.S.S. (4):

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

3.1 Cognome

	Nomi	Cognomi precedenti	Data di nascita	Codice Fiscale/Codice I.S.S.
3.2	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
3.3	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
3.4	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

4 La persona sopraccitata

4.1 durante un sua temporanea dimora in: ..... (paese)

4.2 a: ..... (località)

4.3 ha sostenuto in proprio le spese per le cure urgenti

5 L'istituzione in indirizzo è pregata di indicare sulle ricevute allegate – per ogni prestazione che figura nelle ricevute medesime – gli importi che potrebbero essere rimborsati all'interessato, secondo le tariffe previste dalla legislazione sociale dell'istituzione del luogo di dimora.

6 Allegati: n. ..... ricevute.

1

7 Istituzione competente

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

7.2 Indirizzo (3): .....

.....

7.3 Timbro

7.4 Data .....

7.5 Firma

.....

B. Comunicazione

8 Sono allegate n. ..... ricevute tariffarie come da quanto richiesto

9 ☐ Importo da rimborsare (6) ..... ☐ Nessun rimborso

10 Osservazioni: .....

.....

.....

.....

11 Istituzione del luogo di residenza

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

11.2 Indirizzo (3): .....

.....

11.3 Timbro

11.4 Data .....

11.5 Firma

.....

AVVERTENZE

Il presente modello devo essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le linee apposite 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.

NOTE

(1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A dello stampato: I = Italia; SM = San Marino.

(2) Ove l'istituzione che avrebbe dovuto corrispondere le prestazioni in natura, non sia nota, si trasmetta il modello all'organismo di collegamento del paese di dimora, e segnatamente:
in **Italia** al Ministero della Salute, Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del servizio sanitario nazionale – Direzione generale della programmazione – Viale Giorgio Ribotta, 5 – 00144 Roma.
a **San Marino**, all'Istituto per la Sicurezza Sociale (I.S.S.)

(3) Via, numero, codice postale, località, paese. Per l'Italia è obbligatorio.

(4) Per i cittadini italiani, indicare, il numero di **Codice Fiscale**. Per i cittadini sammarinesi, indicare il **Codice I.S.S.**

(5) Indicare, se esiste. Per l'Italia è obbligatorio.

(6) Indicare l'importo totale.

2

7.8. Formulari per la Città del Vaticano

CONVENZIONE CONVENZIONE DI SICUREZZA SOCIALE
SANTA SEDE - ITALIA

Vedi «istruzioni» a pagina 4

001	I	(1)

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

concernente

- ☐ un lavoratore subordinato
- ☐ un titolare di pensione
- ☐ un richiedente la pensione
- ☐ un avente diritto

Convenzione: art. 32; art. 35 - Accordo Amministrativo: art. 24

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 Cittadinanza (9) .....

4 Nascita

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

5 Numero di matricola

5.1 Presso l'istituzione mittente (14): .....
5.2 Presso l'istituzione destinataria (14): .....

6 Indirizzo (3) .....
.....

①

001	I

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:

.....

8 ☐ Richiesta ☐ Sollecito della richiesta del

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

8.1 ☐ dei formulari: .....

8.2 ☐ dei documenti: .....

.....

8.3 ☐ delle seguenti informazioni: .....

.....

8.4 Motivo della richiesta: .....

9 Cambiamento di situazione: si sono verificati i seguenti cambiamenti

.....

.....

.....

.....

10 Varie

.....

.....

.....

.....

11 Istituzione che compila la parte A

11.1 Denominazione: ..... Numero di codice (2): .....

11.2 Indirizzo (3): .....

.....

11.3 Timbro

11.4 Data .....

11.5 Firma

.....

001	I

Parte B

12

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

12.1 ☐ i seguenti formulari: .....

12.2 ☐ i seguenti documenti: .....

.....

12.3 ☐ le seguenti informazioni: .....

.....

13

A seguito della richiesta del ..... si comunica che non è possibile trasmettere

13.1 ☐ i seguenti formulari: .....

13.2 ☐ i seguenti documenti: .....

13.3 ☐ le informazioni richieste

13.4 ☐ Motivo: .....

.....

.....

14 Varie

.....

.....

.....

.....

.....

15

☐ A seguito dell'invio del .....

si accusa ricevuta delle informazioni contenute al quadro 9

16 Istituzione che compila la parte B

16.1 Denominazione: ..... Numero di codice (2): .....

16.2 Indirizzo (3): .....

.....

16.3 Timbro

16.4 Data .....

16.5 Firma

.....

③

001	I

ISTRUZIONI

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

NOTE

(1) Indicare la sigla della Parte contraente dell'istituzione che compila la parte A dello stampato: I = Italia; SS = Santa Sede

(2) Per l'Italia è obbligatorio.

(3) Via, numero, codice postale, località, Stato, numero di telefono, e-mail.

(4) Compilare le voci da 2.1 a 2.5 concernenti l'identificazione per quanto necessario.

(5) Compilare come da legislazione dello Stato di nascita dell'interessato (ad esempio: per le persone nate in Spagna, indicare entrambi i cognomi di nascita).
Il cognome di nascita deve essere sempre indicato; ove sia identico al cognome di famiglia, indicare «idem».
Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.

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

(7) Da indicare in particolare in caso 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: 1° agosto 1999 = 01. 08. 1999).

(11) Compilare come da legislazione dello Stato di nascita dell'interessato [ad esempio: per le città francesi con più circoscrizioni si indichi il numero della circoscrizione (esempio: Parigi 14); per le località portoghesi, si indichi anche la parrocchia e il comune].

(12) Compilare, se riconosciuto obbligatorio dalla legislazione dello Stato di nascita dell'interessato ed in conformità alla medesima: l'informazione è, ad esempio, obbligatoria per le persone nate in Spagna, Francia o Italia.
Questa informazione, a seconda della legislazione, può comportare la indicazione di appartenenza territoriale del luogo di nascita; ad esempio:
- per quanto concerne la Francia, per il comune di nascita di Lille: si indichi il dipartimento di nascita: Nord, associato al numero di codice di dipartimento, nella fattispecie 59, se l'interessato lo conosce; l'informazione sarà pertanto: Nord 59;
- per quanto concerne le persone nate in Spagna: si indichi solo la provincia.

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

(14) Per i cittadini italiani indicare il codice fiscale.

CONVENZIONE DI SICUREZZA SOCIALE
SANTA SEDE - ITALIA

Vedi «istruzioni» a pagina 3

107 **I** (1)

DOMANDA DI ATTESTATO DI DIRITTO A PRESTAZIONI IN NATURA PER I CASI DI INFORTUNI SUL LAVORO E MALATTIE PROFESSIONALI

Convenzione: art.16, lett. a) - Accordo Amministrativo: art. 13, comma 2; art. 20

L'Istituzione della Parte contraente di residenza o di soggiorno del lavoratore 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.

A. Da compilare da parte dell'istituto di residenza o di soggiorno

1 Istituzione

1.1 Denominazione: ..... Numero di codice (2): .....

1.2 Indirizzo (3): .....

.....

.....

2 Lavoratore subordinato

2.1 Cognome (4):

.....

2.2 Nomi (5): ..... Cognomi precedenti (6): ..... Data di nascita (7): .....

2.3 Indirizzo nella Parte contraente di residenza o di soggiorno (3): .....

.....

2.4 Numero di identificazione (8): .....

2.5 ☐ Titolare di pensione o rendita di

☐ vecchiaia ☐ invalidità ☐ superstiti

☐ infortunio sul lavoro ☐ malattia professionale

N. ..... (9) categoria: ..... (9)

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

.....

3 Ente di appartenenza

3.1 Denominazione Ente: .....

3.2 Indirizzo (3): .....

.....

3.3 Tipo di attività: .....

3.4 Istituzione di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro al quale è iscritto l'Ente di appartenenza : **Fondo Assistenza Sanitaria (FAS) – 00120 Città del Vaticano**

①

4 In data …….. abbiamo ricevuto domanda dalla persona indicata al quadro 2 per ottenere

4.1 ☐ la concessione di prestazioni in natura

4.2 ☐ la proroga del diritto alle prestazioni in natura

4.3 ☐ l'iscrizione a questa istituzione come avente diritto alle prestazioni in natura

5 Le prestazioni in natura ☐ sono state concesse ☐ non sono state concesse

5.1 ai sensi dell'art. .....

5.2 il richiedente ☐ non ha più espletato un'attività

☐ ha espletato la seguente attività: .....

6 Si prega di inviare l'attestato del diritto alle prestazioni – formulario .....

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

7 ☐ Si allega il rapporto medico (10)

8 Istituzione del luogo di residenza o di soggiorno

8.1 Denominazione: ..... Numero di codice (2): .....

8.2 Indirizzo (3): .....

.....

8.3 Timbro

8.4 Data: .....

8.5 Firma

.....

B. Da compilarsi da parte dell'istituzione competente

9

9.1 ☐ Si allega il formulario richiesto.

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

.....

.....

10 Istituzione competente

10.1 Denominazione: **Fondo Assistenza Sanitaria (FAS)** Numero di codice: .....

10.2 Indirizzo: **00120 Città del Vaticano**

10.3 Timbro

10.4 Data: .....

10.5 Firma

.....

107	I

ISTRUZIONI

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

NOTE

(1) Sigla della Parte contraente dell'Istituzione che compila lo stampato: I = Italia.
(2) Per l'Italia è obbligatorio.
(3) Via, numero, codice postale, località, Stato, numero di telefono, e-mail.
(4) Compilare come da legislazione dello Stato di nascita dell'interessato (ad esempio: per le persone nate in Spagna, indicare entrambi i cognomi di nascita).
Il cognome di nascita deve essere sempre indicato; ove sia identico al cognome di famiglia, indicare «idem».
Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
(5) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.
(6) Da indicare in particolare in caso di adozione o di utilizzazione di soprannomi entrati nell'uso corrente. Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
(7) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 1 agosto 1999 = 01.08.1999).
(8) Per i cittadini italiani indicare il codice fiscale.
(9) Da indicare nel caso in cui l'istituzione debitrice della pensione o rendita sia italiana.
(10) Da allegare solo quando è necessario. In tal caso, riportare una X nell'apposito quadratino.

③

CONVENZIONE DI SICUREZZA SOCIALE
SANTA SEDE - ITALIA

Vedi «istruzioni» a pagina 2

113 **I** (1)

RICOVERO OSPEDALIERO – NOTIFICA DI ENTRATA E DI USCITA
PER I CASI DI INFORTUNI SUL LAVORO E MALATTIE PROFESSIONALI

Convenzione: art. 16, lett. a) - Accordo Amministrativo: art. 20

Il presente formulario deve essere redatto per il rimborso delle prestazioni in natura sulla base delle spese effettivamente sostenute. Va compilato dall'istituzione del luogo di residenza o di soggiorno: nella parte A per notificare l'entrata nell'istituto di cura, nella parte B per la notifica di uscita, e inviato all'istituzione competente.

1 All'istituzione competente

1.1 Denominazione: **Fondo Assistenza Sanitaria** Numero di codice .....

1.2 Indirizzo (2): **00120 Città del Vaticano**

2 Lavoratore subordinato

2.1 Cognome (3):
.....

2.2 Nomi (4): ..... Cognomi precedenti (5): ..... Data di nascita (6): .....

2.3 Indirizzo nella Parte contraente di residenza o di soggiorno (2)
.....
.....

2.4 Numero di identificazione (7): .....

3 Riferimento:

3.1 ☐ al vostro modulo ..... del ..... (8)

3.2 ☐ al nostro modulo 107 del .....

A. Notifica di entrata

4 La persona indicata al quadro 2

4.1 è stata ricoverata il .....

4.2 presso (9) .....

4.3 a seguito di ☐ infortunio sul lavoro ☐ malattia professionale (10)

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

4.5 ☐ Documenti giustificativi o rapporto medico in allegato (11).

B. Notifica di uscita

5 La degenza notificata

☐ con modulo 113 del .....

☐ nella parte A che precede

è terminata il .....

①

113	I

6	Istituzione del luogo di residenza o di soggiorno

6.1 Denominazione: ……Numero di codice (12)……

6.2 Indirizzo (2): ……

……

6.3 Timbro

6.4 Data: ……..

6.5 Firma

……

ISTRUZIONI

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

NOTE

(1) Indicare la sigla della Parte contraente dell'Istituzione che compila lo stampato: I = Italia.
(2) Via, numero, codice postale, località, Stato.
(3) Compilare come da legislazione dello Stato di nascita dell'interessato (ad esempio: per le persone nate in Spagna, indicare entrambi i cognomi di nascita).
Il cognome di nascita deve essere sempre indicato; ove sia identico al cognome di famiglia, indicare «idem».
Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
(4) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.
(5) Da indicare in particolare in caso di adozione o di utilizzazione di soprannomi entrati nell'uso corrente. Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
(6) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 1° agosto 1999 = 01.08.1999).
(7) Per i cittadini italiani indicare il codice fiscale.
(8) Indicare il numero e la data del modulo attestante il diritto alle prestazioni dell'assicurato.
(9) Denominazione dell'istituto di cura.
(10) Da indicare, se possibile.
(11) Se del caso, riportare una X nel quadratino.
(12) Per l'Italia è obbligatorio.

②

CONVENZIONE DI SICUREZZA SOCIALE
SANTA SEDE - ITALIA

Vedi «istruzioni» a pagina 2

114 **I** (1)

CONCESSIONE DI PROTESI, DI APPARECCHI,DI PRESTAZIONI IN NATURA DI GRANDE IMPORTANZA PER I CASI DI INFORTUNI SUL LAVORO E MALATTIE PROFESSIONALI

Convenzione: art. 18 - Accordo Amministrativo: art. 14

Il presente formulario deve essere redatto per il rimborso delle prestazioni effettivamente sostenute per protesi, apparecchi, prestazioni in natura di grande importanza. L'istituzione del luogo di residenza o di soggiorno compila la parte A e trasmette due copie dello stampato. L'istituzione competente, qualora ravvisi di doversi opporre all'erogazione delle prestazioni o di non avvalersi della facoltà di cui al punto 6.2 ai fini dell'assenso alla erogazione delle prestazioni dovrà compilare la parte B ed inviare una copia dello stampato all'istituzione del luogo di residenza o di soggiorno.

A. Notifica

1 All'istituzione competente

1.1 Denominazione: **Fondo Assistenza Sanitaria (FAS)** Numero di codice: .....
1.2 Indirizzo: **00120 Città del Vaticano**

2 Lavoratore

2.1 Cognome (2): .....
2.2 Nomi (3): ..... Cognomi precedenti (4): ..... Data di nascita (5): .....
2.3 Indirizzo nella Parte contraente di residenza o di soggiorno (6) .....
.....
.....
2.4 Numero di identificazione (7): .....

3 Riferimento:
3.1 ☐ al vostro modulo ..... del ..... (8)
3.2 ☐ al nostro modulo 107 del .....
4 I servizi sanitari di questa istituzione hanno riconosciuto per la persona indicata al quadro 2
4.1 ☐ la necessità ☐ l'urgenza assoluta
4.2 delle seguenti prestazioni: .....
.....
4.3 il cui costo ☐ probabile ☐ effettivo ai sensi della nostra legislazione è di
..... (9)
5 ☐ Si allega il rapporto del medico di controllo (10)
6 Le prestazioni citate al punto 4.2
6.1 ☐ Sono già state accordate d'urgenza in data .....
6.2 ☐ saranno accordate qualora, entro 60 giorni dalla data d'invio della presente notifica, non pervenga da voi una motivata opposizione.

①

114	I

7 Istituzione del luogo di residenza o di soggiorno

7.1 Denominazione: ..... Numero di codice (11): .....

7.2 Indirizzo (6): .....

.....

7.3 Timbro

7.4 Data: .....

7.5 Firma

.....

B. Da compilarsi da parte dell'istituzione competente

8 Erogazione delle prestazioni

In riferimento al punto 6 le prestazioni indicate al punto 4.2

8.1 ☐ possono essere erogate

8.2 ☐ non possono essere erogate per i seguenti motivi: .....

.....

.....

9 Istituzione competente

9.1 Denominazione: **Fondo Assistenza Sanitaria (FAS)** Numero di codice: .....

9.2 Indirizzo: **00120 Città del Vaticano**

9.3 Timbro

9.4 Data: .....

9.5 Firma

.....

ISTRUZIONI

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

NOTE

(1) Sigla della Parte contraente che compila lo stampato: I = Italia.

(2) Compilare come da legislazione dello Stato di nascita dell'interessato (ad esempio: per le persone nate in Spagna, indicare entrambi i cognomi di nascita).
Il cognome di nascita deve essere sempre indicato; ove sia identico al cognome di famiglia, indicare «idem». Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.

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

(4) Da indicare in particolare in caso 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.

(5) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 1 agosto 1999 = 01.08.1999).

(6) Via, numero, codice postale, località, Stato, numero di telefono, e-mail.

(7) Per i cittadini italiani indicare il codice fiscale.

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

(9) Importo da indicare nella moneta della Parte contraente di residenza o di soggiorno.

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

(11) Per l'Italia è obbligatorio.

CONVENZIONE DI SICUREZZA SOCIALE
SANTA SEDE - ITALIA

Vedi «istruzioni» a pagina 2

123	I	(1)

ATTESTATO CONCERNENTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA PER I CASI DI INFORTUNI SUL LAVORO E MALATTIE PROFESSIONALI
(per i lavoratori residenti nel territorio della Parte contraente diverso da quello della Parte competente)

Convenzione: art. 16, lett. a) - Accordo Amministrativo: art. 13

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

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

1.1 Denominazione: ……Numero di codice (3)……

1.2 Indirizzo (4): ……

……

1.3 Riferimento: vostro modulo 107 del ……

2 Lavoratore

2.1 Cognome (5):

……

2.2 Nomi (6): …… Cognomi precedenti (7): …… Data di nascita (8): ……

2.3 Indirizzo ove si reca l'interessato nel territorio della Parte contraente diverso da quello competente (4)

……

……

2.4 Numero di identificazione (9): ……

3 A seguito

3.1 ☐ di quanto da voi notificato mediante i moduli 107 del ……

3.2 ☐ dell'infortunio sul lavoro verificatosi il ……

con le seguenti conseguenze:

……

……

……

3.3 ☐ della malattia professionale verificatasi il ……

con le seguenti conseguenze:

……

……

①

123	I

4	al lavoratore predetto possono essere concesse prestazioni in natura ☐ per infortunio sul lavoro ☐ per malattia professionale
4.1	☐ per la durata prevista dalle disposizioni della legislazione della Parte della istituzione competente
4.2	☐ sino al ……
4.3	☐ per un massimo di tre mesi
4.4	☐ senza limite di tempo

5	Il rapporto riservato del nostro medico di controllo
5.1	☐ è allegato in busta chiusa
5.2	☐ è stato inviato il …… a (10) ……
	……
5.3	☐ può essere richiesto alla sottoscritta istituzione
5.4	☐ non è stato compilato

6	Istituzione competente
6.1	Denominazione: …… Numero di codice (3)……
6.2	Indirizzo (4): ……
	……
6.3	Timbro
	6.4 Data: ……
	6.5 Firma
	……

ISTRUZIONI

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

Avvertenze per il lavoratore assicurato

Il presente attestato deve essere presentato, senza indugio, all'istituzione della Parte contraente di residenza o di soggiorno, è cioè:

in **Italia**

a) all'azienda sanitaria locale (ASL) competente per territorio;

b) all' istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) sede provinciale competente per le protesi, i grandi apparecchi, le prestazioni medico - legali e gli esami e certificati medici.

NOTE

(1) Sigla della Parte contraente dell'Istituzione che compila lo stampato: I = Italia.

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

(3) Per l'Italia è obbligatorio.

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

(5) Compilare come da legislazione dello Stato di nascita dell'interessato (ad esempio: per le persone nate in Spagna, indicare entrambi i cognomi di nascita).
Il cognome di nascita deve essere sempre indicato; ove sia identico al cognome di famiglia, indicare «idem».
Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.

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

(7) Da indicare in particolare in caso 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) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 1° agosto 1999 = 01.08.1999).

(9) Per i cittadini italiani indicare il codice fiscale ed il numero di codice regionale.

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

7.9. Formulari - Convenzione tra la Repubblica Italiana e la Repubblica Tunisina in materia di sicurezza sociale

CONVENZIONE TUNISO-ITALIANA DI SICUREZZA SOCIALE
CONVENTION TUNISO-ITALIENNE DE SECURITE SOCIALE

TN/I 8
I/TN 8

Artt. 7, 8 p.a), 9 e 11 della Convenzione
Art. 7, 8 p.a), 9 et 11 de la Convention
Art. 9 p. 1, 3 e 7 dell'Accordo Amministrativo
Art. 9 p. 1, 3 et 7 de l'Arrangement Administratif

ATTESTATO RIGUARDANTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA PER MALATTIA E MATERNITA DEI RESIDENTI IN PAESE DIVERSO DA QUELLO COMPETENTE
ATTESTATION DE DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITE DANS LE CAS DES PERSONNES QUI RESIDENT DANS L'AUTRE PAYS QUE LE PAYS COMPETENT

A. NOTIFICA DEL DIRITTO/*NOTIFICATION DU DROIT*

1. Istituzione del luogo di residenza/*Institution du lieu de résidence* (1)

1.1. Denominazione/*Dénomination* .....
1.2. Indirizzo/*Adresse* (2) .....
.....
1.3. Riferimento al vostro formulario/*Référence votre formulaire* ..... del/*du* .....

2. Lavoratore/*Travailleur*

2.1. Cognome / *Nom* — Nomi / *Prénoms* — del padre / *du père* — del nonno / *du grand-père*

2.2. Data di nascita / *Date de Naissance* — Giorno / *Jour* | Mese / *Mois* | Anno / *Année* — Luogo di nascita / *lieu de naissance* — (Comune o frazione) / *(Cité, ville ou village)* — (Provincia o Territorio) / *(Province, Pays ou Territoire)* — (Stato) / *(Pays)*

Nazionalità / *Nationalité* _____

2.3. Stato Civile / *Etat civil* — ☐ Celibe/Nubile / *Célibataire* — ☐ Coniugato/a / *Marié/e* — ☐ Vedovo/a / *Veuf/veuve* — ☐ Divorziato/a / *Divorcé/e*

2.4. Luogo di residenza / *Lieu de résidence* — (Numero e via) / *(Numéro et rue)* — (Comune o frazione) / *(Cité, ville ou village)* — (Provincia o territorio) / *(Province ou Territoire)* — (Stato) / *(Pays)* — (Codice Postale) / *(Code Postal)*

2.5. Professione / *Profession* _____

N° di immatricolazione / *N° d'immatriculation* — in Italia / *en Italie* _____ — in Tunisia / *en Tunisie* _____

3. Membri della famiglia/*Membres de la famille* (4)

3.1. Cognome/*Nom*	Nomi/*Prénoms*	Cognome da nubile *Nom de jeune fille*	Data di nascita *Date de naisasnce*	Relazione di parentela *Lien de parenté*
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

4. ☐ Il lavoratore sopra indicato ed i familiari con lui residenti (3)
Le travailleur désigné ci-dessus et les membres de sa famille résidant avec lui

5. ☐ Hanno diritto alle prestazioni in natura per malattia e maternità (3)
ont droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité
dal/*du* .....

6. Gli interessati conservano il diritto/*les intéressés conservent ce droit*

6.1. ☐ Fino a quando non ne abbia notificato l'annullamento sul presente attestato (3)
jusqu'à annulation de la présente attestation

6.2. ☐ Fino al ..... (3)
Jusqu'à ..... (3)

7. Istituzione competente per la malattia e maternità/*Institution compétente pour la maladie-maternité*

7.1. Dénominazione/*Dénomination* .....
7.2. Indirizzo/*Adresse* (2) .....
7.3. Timbre/*Cachet*

Data/*Date* .....
Firma/*Signature* .....

B. NOTIFICA DELL'ISCRIZIONE/*NOTIFICATION DE L'INSCRIPTION* (6)

8.

8.1. ☐ Il lavoratore indicato al quadro 2 con i familiari
Le travailleur indiqué au cadre 2 et les membres de sa famille (3)

8.2. ☐ Sono stati iscritti presso la sottoscritta Istituzione dal ..... (3)
ont été inscrits chez nous le .....

8.3. ☐ Non sono stati iscritti presso la sottoscritta Istituzione per il seguente motivo : (3)
N'ont pas pu être inscrits chez nous parce que : .....

9. Familiari iscritti / *Membres de la famille inscrits*

	9.1. Cognome/*Nom*	Nomi/*Prénoms*	Cognome da nubile *Nom de jeune fille*	Data di nascita *Date de naissance*	Relazione di parentela *Lien de parenté*
9.2.	.....	.....	.....	.....	.....
9.3.	.....	.....	.....	.....	.....
9.4.	.....	.....	.....	.....	.....
9.5.	.....	.....	.....	.....	.....
9.6.	.....	.....	.....	.....	.....
9.7.	.....	.....	.....	.....	.....
9.8.	.....	.....	.....	.....	.....
9.9.	.....	.....	.....	.....	.....

10. Istituzione competente del luogo di residenza/*Institution compétente du lieu de résidence*

10.1. Denominazione/*Dénomination* .....

10.2. Indirizzo/*Adresse* (2) .....

.....

10.3. Timbro/*Cachet*

Data/*Date* .....

Firma/*Signature* .....

AVVERTENZE

Il formulario deve essere riempito in carattere stampatello, utilizzando unicamente le linee

Indicazioni per l'assicurato

a) Il presente formulario vi da diritto alle prestazioni in natura dell' assicurazione malattia e maternità per voi stessi e per i membri della vostra famiglia ;
b) i due esemplari del formulario che sono in vostro possesso devono essere trasmessi nel più breve tempo possibile da voi stessi all' Istituzione di assicurazione malattia e maternità del luogo della vostra residenza ;
c) le Istituzioni di assicurazione malattia e maternità sono :
in ITALIA le Unità Sanitarie Locali
in TUNISIA : la C.N.S.S.
d) questo formulario è valido a partire dalla data indicata al punto 5 e per la durata indicata al quadro 6 avuto riguardo alla casella contrassegnata da una croce ;
e) voi dovete, e i membri della vostra famiglia, segnalare all' Istituzione d'assicurazione alla quale il formulario dovrà essere trasmesso, tutti i cambiamenti di situazione che potrebbero modificare il diritto alle prestazioni in natura (es. abbandono o cambiamento di lavoro, cambiamento del vostro luogo di residenza o di quello dei membri della vostra famiglia ecc.)

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes

Indications pour l'assuré

a) le présent formulaire vous donne droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité pour vous-même et les membres de votre famille ;
b) les deux exemplaires du formulaire qui sont en votre possession doivent être remis le plus tôt possible par vous-même à l'Institution d'assurance maladie-maternité du lieu de votre résidence ;
c) les Institutions d'assurance maladie-maternité en question sont :
en ITALIE les Unità Sanitarie Locali
en TUNISIE : la C.N.S.S.
d) ce formulaire est valable à partir de la date indiquée au point 5 et pour la durée indiquée au cadre 6, en regard de la case marquée d'une croix ;
e) vous devez, vous ou les membres de votre famille, signaler à l'Institution d'assurance à laquelle le formulaire aura été remis tout changement de situation qui pourrait modifier le droit aux prestations en nature : abandon ou changement d'emploi, changement de votre lieu de résidence ou de celui d'un membre de votre famille, etc.

NOTE

(1) Da riempire unicamemte quando il formulario è rilasciato a domanda dell' Istituzione del luogo di residenza.
(2) Codice postale, località, via, numero, paese.
(3) Mettere una croce nella casella che precede la indicazione appropriata.
(4) Indicare unicamente i membri della famiglia che si recano temporaneamente nell' altro Stato con il lavoratore.
(5) Da indicare unicamente quando l'indizizzo dei membri della famiglia differisca da quello del lavoratore.
(6) Ove il presente formulario sia rilasciato per rinnovare un attestato emesso in precedenza non occorre compilare la parte B.

NOTES

(1) A remplir uniquement quand le formulaire est établi à la demande de l'Institution du lieu de résidence.
(2) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
(3) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
(4) Induquer uniquement les membres de la famille qui se rendent temporairement dans l'autre Etat avec le travailleur.
(5) A indiquer uniquement quand l'adresse des membres de la famille diffère de celle du travailleur.
(6) Si la présente attestation est délivrée pour renouveler l'attestation précédemment emise l'Institution du lieu de résidence n'à pas a remplir la partie B.

CONVENZIONE TUNISO-ITALIANA DI SICUREZZA SOCIALE
CONVENTION TUNISO-ITALIENNE DE SECURITE SOCIALE

TN/I 9
I/TN 9

Art. 13 p. 2 della Convenzione
Art. 13 p. 2 de la Convention
Art. 9 p. 2 e 3 dell'Accordo Amministrativo
Art. 9 p. 2 et 3 de l'Arrangement Administratif

ATTESTATO PER L'ISCRIZIONE DEI TITOLARI DI PENSIONE O RENDITA
ATTESTATION POUR L'INSCRIPTION DU TITULAIRE DE PENSION OU DE RENTE

A. NOTIFICA DEL DIRITTO/*NOTIFICATION DU DROIT*

1. All' Istituzione del luogo di residenza/*A l'institution du lieu de résidence* (1)

1.1. Denominazione/*Dénomination* .....
1.2. Indirizzo/*Adresse* (2) .....
.....
1.3. Riferimento : vostra domanda del/*Référence : votre demande du* .....

2. Titolari di pensione o rendita/*Titulaire de pension ou de rente*

2.1. Cognome / *Nom* — Nomi / *Prénoms* — del padre / *du père* — del nonno / *du grand-père*

2.2. Data di nascita / *Date de Naissance* — Giorno / *Jour* | Mese / *Mois* | Anno / *Année*

Luogo di nascita / *lieu de naissance* — (Comune o frazione) / *(Cité, ville ou village)* — (Provincia o Territorio) / *(Province, Pays ou Territoire)* — (Stato) / *(Pays)*

Nazionalità / *Nationalité* _____

2.3. Stato Civile / *Etat civil*

☐ Celibe/Nubile / *Célibataire* ☐ Coniugato/a / *Marié/e* ☐ Vedovo/a / *Veuf/veuve* ☐ Divorziato/a / *Divorcé/e*

2.4. Luogo di residenza / *Lieu de résidence*

(Numero e via) / *(Numéro et rue)* — (Comune o frazione) / *(Cité, ville ou village)* — (Provincia o territorio) / *(Province ou Territoire)* — (Stato) / *(Pays)* — (Codice Postale) / *(Code Postal)*

2.5. Professione / *Profession* _____

N° di immatricolazione / *N° d'immatriculation*
in Italia / *en Italie* _____
in Tunisia / *en Tunisie* _____

2.6. Data del trasferimento/Date de transfert .....

3. Da compilare dall' Istituzione debitrice della pensione o rendita
A remplir par l'Institution débitrice de la pension ou de la rente

3.1. La persona sopranominata è titulaio di pensione o rendita
La personne nommée ci-dessus est titulaire de pension ou de rente

(3) ☐ di vecchiaia/*de vieillesse* (3) ☐ d'invalidità/*d'invalidité*

(3) ☐ d'infortunio sul lavoro *d'accident du travail* (3) ☐ di malattia professionale *de maladie professionnelle* (3) ☐ ai superstiti *de survivants*

3.2. a decorrere dal/*à partir du* .....

3.3. Numéro della pensione o della rendita/*numéro de pension ou de rente* .....

4. Istituzione che ha compilato il quadro 3/*Institution qui a rempli le cadre* 3

4.1. Dénominazione/*Dénomination* .....

4.2. Indirizzo/*Adresse* (2) .....

.....

4.3. Timbro/*Cachet*

4.4. Data/*Date* .....

4.5. Firma/*Signature* .....

5. Da compilare dall' Istituzione competente per le prestazioni sanitarie
A remplir par l'Institution compétente pour les prestations sanitaires

5.1. L'interessato, unitamente ai suoi familiari, ha diritto alle prestazioni in natura dell' assicurazione malattia e maternità a decorrere dal .....
L'interessé ainsi que les membres de sa famille, ont droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité à partir du .....

5.2. Le dette prestazioni sono a carico della sottoscritta Istituzione
Les dites prestations sont à la charge de la soussignée institution

5.3. a decorrere dal ..... e fino alla notifica di annullamento del presente attestato
à partir du ..... *jusqu'à réception de la notification de son annulation*

6. Istituzione che ha compilato il quadro 5/*institution qui a rempli le cadre* 5

6.1. Dénominazione/*Dénomination* .....

6.2. Indirizzo/*Adresse* (2) .....

.....

6.3. Timbro/*Cachet*

6.4. Data/*Date* .....

6.5. Firma/*Signature* .....

B. NOTIFICA DELLA ISCRIZIONE O DELLA NON-ISCRIZIONE/*NOTIFICATION DE L'INSCRIPTION OU DE LA NON INSCRIPTION*

7. (4) ☐

7.1. La persona indicata al quadro 2 ed I suoi familiari non sono stati iscritti
La personne indiquée au cadre 2 et les membres de sa famille n'ont pas été inscrits

7.2. ☐ La persona su indicata ha diritto alle prestazioni in natura in virtù della legislazione di questo Stato
La personne nommée ci-dessus a droit aux prestations en nature en vertu de la législation de cet Etat

7.3. ☐ Motivo/*Motif* .....

.....

8. (4) ☐

8.1. La persona indicata al quadro 2, unitamente ai familiari sono stati iscritti
La personne indiquée au cadre 2 et les membres de la famille ont été inscrits

8.2. Familiari iscritti/*Membres de la famille inscrits*

8.3. Cognome/*Nom*	Nomi/*Prénoms*	Cognome de nubile *Nom de jeune fille*	Data di nascita *Date de naissance*	Relazione di parentela *Lien de parenté*
8.4.	.....	.....	.....	.....
8.5.	.....	.....	.....	.....
8.6.	.....	.....	.....	.....
8.7.	.....	.....	.....	.....
8.8.	.....	.....	.....	.....

8.9. L'onere della prestazioni è a carico dell'Istituzione in indirizzo; la decorrenza del forfait di cui all'art. 16 della convenzione è il .....
Le coût de ces prestations est à la charge de l'Institution en adresse ; la date à prendre pour point de départ du calcul du forfait visé à l'art. 16 de la convention est le .....

9. Istituzione del luogo di residenza/*Institution du lieu de résidence*

9.1. Denominazione/*Dénomination* .....

9.2. Indirizzo/*Adresse* (2) .....
.....

9.3. Timbro/*Cachet*

9.4. Data/*Date* .....

9.5. Firma/*Signature* .....

AVVERTENZE

Il formulario deve essere compilato in carattere stampatello, utilizzando unicamente le linee apposite
L'Instituzione competente compila la parte A del formulario e consegna due copie del formulario stesso al titolare della pensione o rendita, oppure invia tali copie all' Istituzione del luogo di residenza qualora sia stata questa Istituzione a richiedere il modello di cui trattasi.
Se del caso i due esemplari sono trasmessi prima all'Istituzione che compila i quadri 3 e 4. L'Istituzione del luogo di residenza, ricevute le due copie citale riempie la parte B e trasmette una copia del modello all' Istituzione indicata al quadro 6.

INDICAZIONI PER L'ASSICURATO

a) Il presente formulario vi dà diritto alle prestazioni in natura dell'assicurazione malattia e maternità per voi stessi e per i vostri familiari.
b) I due esemplari del formulario in vostro possesso debbono essere inviati il più presto possibile da voi stessi all' Istituzione di assicurazione malattia e maternità del luogo di vostro residenza.
c) Le Istituzioni di assicurazione malattia e maternità in questione sono :
in ITALIA : la Unità Sanitaria Locale (USL) competente per territorio ;
in TUNISIA : la CAVIS.
d) Questo formulario è valevole a partire della data indicata al quadro 5.
e) Voi dovete, voi o i vostri familiari, segnalare all' Istituzione di assicurazione al quale il formulario sara inviato, tutti i cambiamenti di situazione che possono modificare il diritto alle prestazioni in natura : abbandono o cambiamento d'impiego, cambiamento del vostro luogo di residenza o quello dei vostri familiari, ecc.

NOTE

(1) Da riempire unicamente quando il formulario è stato rilasciato a domanda dell' Istituzione del luogo di residenza.
(2) Codice postale, località, via, numero, Paese.
(3) Mettere una croce nella casella che precede l'indicazione appropriata.
(4) Se il formulario è rilasciato per rinnovare una attestazione emessa precedentemente, non occore compilare la parte B.

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractère d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes.
L'Institution compétente remplit la partie A du formulaire et en remet deux exemplaires au titulaire de la pension ou rente, ou les fait parvenir à l'Institution du lieu de résidence si le formulaire est établi à la demande de celle-ci.
Si deux exemplaires avaient été déjà transmis à l'Institution qui remplit les cadres 3 et 4, l'institution de lieu de résidence remplit la partie B et retourne l'un des deux exemplaires à l'institution indiquée dans le cadre 6.

INDICATIONS POUR L'ASSURE :

a) Le présent formulaire vous donne droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité pour vous même et les membres de votre famille.
b) Les deux exemplaires du formulaire qui sont en votre possession doivent être remis le plus tôt possible par vous-même à l'institution d'assurance maladie-maternité du lieu de votre résidence.
c) Les Institutions d'assurance maladie-maternité en question sont :
en ITALIE : l'Unità Sanitaria Locale (USL) territorialement compétente ;
en TUNSIE : La CAVIS.
d) Ce formulaire est valable à partir de la date indiquée au cadre 5.
e) Vous devez, vous ou les membres de votre famille, signaler à l'Institution d'assurance à laquelle le formulaire aura été remis tout changement de situation qui pourrait modifier le droit aux prestations en nature : abandon ou changement d'emploi, changement de votre lieu de résidence, ou de celui d'un membre de votre famille, etc.

NOTES

(1) *A remplir uniquement quand le formulaire est établi à la demande de l'institution du lieu de résidence.*
(2) *Code postal, localité, rue, numéro, Pays.*
(3) *Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.*
(4) *Si ce formulaire est délivré pour renouveler une attestation émise précédemment, il n'y a pas lieu de remplir la partie B.*

CONVENZIONE TUNISO-ITALIANA DI SICUREZZA SOCIALE
CONVENTION TUNISO-ITALIENNE DE SECURITE SOCIALE

TN/I 10
I/TN 10

Art. 14 della Convenzione
Art. 14 de la Convention
Art. 9 p. 7 dell 'Accordo Amministrativo
Art. 9 p. 7 de l'Arrangement Administratif

ATTESTATO PER L'ISCRIZIONE DEI FAMILIARI DEL LAVORATORE
ATTESTATION POUR L'INSCRIPTION DES MEMBRES DE LA FAMILLE DU TRAVAILLEUR

A. NOTIFICA DEL DIRITTO/*NOTIFICATION DU DROIT*

1. Istituzione del luogo di residenza/*Institution du lieu de résidence* (1)

1.1. Denominazione/*Dénomination* .....

1.2. Indirizzo/*Adresse* (2) .....

.....

1.3. Riferimento : vostro formulario ..... del/*du* .....
Référence : votre formulaire

2. Lavoratore/*Travailleur*

2.1. Cognome / *Nom* — Nomi / *Prénoms* — del padre / *du père* — del nonno / *du grand-père*

2.2. Data di nascita / *Date de Naissance*: Giorno / *Jour* | Mese / *Mois* | Anno / *Année*

Luogo di nascita / *lieu de naissance*: (Comune o frazione) / *(Cité, ville ou village)* — (Provincia o Territorio) / *(Province, Pays ou Territoire)* — (Stato) / *(Pays)*

Nazionalità / *Nationalité* _____

2.3. Stato Civile / *Etat civil*

☐ Celibe/Nubile / *Célibataire* ☐ Coniugato/a / *Marié/e* ☐ Vedovo/a / *Veuf/veuve* ☐ Divorziato/a / *Divorcé/e*

2.4. Luogo di residenza / *Lieu de résidence*

(Numero e via) / *(Numéro et rue)* — (Comune o frazione) / *(Cité, ville ou village)* — (Provincia o territorio) / *(Province ou tTerritoire)* — (Stato) / *(Pays)* — (Codice Postale) / *(Code Postal)*

2.5. Professione / *Profession* _____

N° di immatricolazione / *N° d'immatriculation*
in Italia / *en Italie* _____
in Tunisia / *en Tunisie* _____

3. Membri della famiglia/*Membres de la famille*

3.1. Cognome/*Nom*	Nomi/*Prénoms*	Cognome de nubile *Nom de jeune fille*	Date di nascita *Date de naissance*	Relazione di parentela *Lien de parenté*

3.2. Indirizzo/*Adresse dans le pays de résidence* (2)

.....

4. I familiari del lavoratore di cui sopra hanno diritto alle prestazioni in natura della assicurazione malattia e maternità a meno che/*Les membres de la famille du travailleur désigné ci-dessus ont droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité à moins.*

(3) ☐ non abbiano già diritto a tali prestazioni a norma della legislazione dello Stato ove risiedono
qu'ils n'y aient déjà droit au titre de la législation du pays où ils résident.

(3) ☐ vi esercitino un'attività professionale/*qu'ils n'exercent une activité professionnelle*

5. Questo diritto decorre dal/*Ce droit est ouvert à la date du* .....

6. e si protrae/*et subsiste*

6.1. ☐ Fino a quando non sarà notificato l'annullamento del presente attestato
Jusqu'à annulation de la présente attestation

6.2. ☐ Fino al ..... salvo annulamento notificato prima di questa data
Jusqu'au ..... sauf annulation notifiée avant cette date

7. Istituzione competente/*Institution compétente*

7.1. Denominazione/*Dénomination* .....

7.2. Indirizzo/*Adresse* (2) .....

.....

7.3. Timbro/*Cachet*

7.4. Data/*Date* .....

7.5. Firma/*Signature* .....

B. NOTIFICA DELL'ISCRIZIONE/*NOTIFICATION DE L'INSCRIPTION* (4)

8. Istituzione competente/*Institution compétente*

8.1. Denominazione/*Dénomination* .....

8.2. Indirizzo/*Adresse* (2) .....

.....

9. ☐ (5)

9.1. I familiari del lavoratore di cui al quadro 2 non hanno potuto essere iscritti perchè :
Les membres de la famille du travailleur indiqué au cadre 2 n'ont pas été inscrits parce que :

9.2. ☐ nessun membro della famiglia ha diritto alle prestazioni
aucun membre de la famille n'a droit aux prestations (3)

9.3. ☐ tutti i familiari hanno già diritto alle prestazioni in natura a norma di quanto previsto dalla legislazione di questo Stato/*tous les membres de la famille ont déjà droit aux prestations en nature en vertu des dispositions de la législation de notre pays.* (3)

9.4. ☐ il coniuge o la persona che ha cura dei figli esercita un'attività professionale nel nostro paese/
le conjoint exerce une activité professionnelle dans notre pays.

9.5. ☐ lo stato di famiglia richesto non è stato presentato
l'état de famille nécessaire n'a pas été présenté

9.6. ☐ (6) .....

10. ☐ (5)

10.1. I seguenti membri della famiglia del lavoratore indicati al quadro 2 sono stati iscritti :
Les membres suivants de la famille du travailleur indiqué au cadre 2 ont été inscrits :

	Cognome/*Nom*	Nomi/*Prénoms*	Cognome da nubile *Nom de la jeune fille*	Data di nascita *Date de naissance*	Relazione di parentela *Lien de parenté*
10.2.					
10.3.					
10.4.					
10.4.					
10.5.					
10.6.					
10.7.					
10.8.					

10.9. l'onere delle citate prestazioni sono a carico dell'Istituzione in indirizzo, la data di decorrenza per il conteggio del forfait di cui all'art. 16 della Convenzione è il :
le coût de ces prestations est à la charge de l'Institution compétente, la date à prendre pour point de départ pour le calcul du forfait visé à l'art. 16 de la Convention est le .....

11. Istituzione del luogo di residenza/*Institution du lieu de résidence*

11.1. Denominazione/*Dénomination* .....

11.2. Indirizzo/*Adresse* (2) .....

.....

11.3. Timbro/*Cachet*

11.4. Data/*Date* .....

11.5. Firma/*Signature* .....

AVVERTENZE

Il formulario deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee.
L'Istituzione competente compila la parte A dello stampato e consegna due copie dello stampato stesso al lavoratore oppure invia tali copie, se del caso, tramite l'Organismo di collegamento, all'Istituzione del luogo di residenza, qualora sia stata questa Istituzione a richiedere il modulo di cui trattasi. L'Istituzione del luogo di residenza, ricevute le copie citate, riempie la parte B del modulo e ne restituisce una copia all'Istituzione competente.

AVVERTENZE PER IL LAVORATORE

a) Il presente formulario dà diritto ai vostri familiari a beneficiare delle prestazioni in natura per malattia o maternità,

nello Stato ove risiedono, in conformità alle norme legislative di tale Stato ed a meno che i familiari stessi non abbiano già diritto alle predette prestazioni in forza delle norme citate.

b) Le due copie presente stampato, appena in vostro possesso, devono essere da voi inviate ai vostri familiari, i quali le devono presentare **immediatamente** all'Istituto di assicurazione malattia e maternità del luogo ove risiedono, e cioè :
in ITALIA : all'Unità Sanitaria Locale (USL) competente per territorio :
in TUNISIA : alla CNSS.

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

d) Voi od i vostri familiari siete tenuti ad informare l'Istituzione del luogo di residenza di qualsiasi cambiamento intervenuto nella vostra situazione che possa modificare il diritto alle prestazioni in natura, in particolare, l'abbandono, il matamento, la ripresa dell' occupazione, oppure qualsiasi trasferimento di residenza o di dimora vostro o dei vostri familiari.

NOTE

(1) Da compilare solo qualora lo stampato sia emesso su richiesta dell' Istituzione del luogo di residenza.
(2) Via, numero, codice postale, località, paese.
(3) Mettere una croce nella casella che precede l'indicazione appropriata.
(4) Ove il presente attestato sia già stato rilasciato per rinnovare l'attestato emesso in precedenza, di cui sia scaduta la validità, l'Istituzione del luogo di residenza non è tenuta a compilare la parte B.
(5) Dei due quadri 9 e 10 compilare quello che interessa e riportare una X nel quadratino relativo al quadro stesse.
(6) Altri motivi.

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes.
L'Institution compétente remplit la partie A du formulaire et en remet deux exemplaires au travailleur, ou les fait parvenir (le cas échéant par l'intermédiaire de l'Organisme de liaison) à l'Institution du lieu de résidence si le formulaire a été établi à la demande de celle-ci. L'Institution du lieu de résidence, une fois en possession de ces deux exemplaires, en remplit la partie B et retourne un exemplaire à l'Institution compétente.

INDICATIONS POUR LE TRAVAILLEUR

a) Le présent formulaire permet aux membres de votre famille de bénéficier des prestations en nature en cas de maladie ou de maternité dans le pays où ils résident et selon la législation de ce pays, à moins qu'ils aient déjà droit en vertu de cette même législation.

*b) Dès que les deux exemplaires du présent formulaire seront en votre possession, vous devez les envoyer aux membres de votre famille qui devront les présenter **immédiatement** à l'Institution d'assurance maladie-maternité du lieu de leur résidence, c'est-à-dire :*
en ITALIE : à l'Unità Sanitaria Locale (USL) territorialement compétente ;
en TUNISIE : à la CNSS.

c) Ce formulaire est valable à partir de la date mentionnée au point 5 et pour la durée indiquée au cadre 6, en regard de la case marquée d'une croix.

d) Vous devez, vous ou les membres de votre famille, signaler à l'Institution du lieu de résidence tout changement de situation qui pourrait modifier le droit aux prestations en nature (abandon ou changement d'emploi, changement de votre lieu de résidence ou de séjour ou de celui d'un membre de votre famille, etc.).

NOTES

(1) A remplir uniquement quand le formulaire est établi à la demande de l'Institution du lieu de résidence.
(2) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
(3) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
(4) Si la présente attestation est délivrée pour renouveler l'attestation précédemment émise et dont la validité a expiré l'Institution du lieu de résidence n'a pas à remplir la partie B.
(5) Remplir le cadre 9 ou le cadre 10 selon le cas et mettre une croix dans la case correspondante.
(6) Autres motifs.

CONVENZIONE TUNISO-ITALIANA DI SICUREZZA SOCIALE
CONVENTION TUNISO-ITALIENNE DE SECURITE SOCIALE

TN/I 11
I/TN 11

Art. 12 della Convenzione
Art. 12 de la Convention
Art. 9 par. 4 e par. 7 dell'Accordo Amministrativo
Art. 9 par. 4 e par. 7 de l'Arrangement Administratif

ATTESTATO RIGUARDANTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA DURANTE UN SOGGIORNO TEMPORANEO NEL PAESE DI ORIGINE
ATTESTATION DE DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE PENDANT UN SEJOUR TEMPORAIRE DANS LE PAYS D'ORIGINE

1. Istituzione del luogo di soggiorno/*Institution du lieu de séjour* (1)

1.1. Denominazione/*Dénomination* .....

1.2. Indirizzo/*Adresse* (2) .....

.....

1.3. Richiesta/*Requête*, Form./*Form.* ..... del/*du* .....

2. Lavoratore/*Travailleur*

2.1. Cognome / *Nom* — Nomi / *Prénoms* — del padre / *du père* — del nonno / *du grand-père*

2.2. Data di nascita / *Date de Naissance*: Giorno / *Jour* | Mese / *Mois* | Anno / *Année*

Luogo di nascita / *lieu de naissance*: (Comune o frazione) / *(Cité, ville ou village)* — (Provincia o Territorio) / *(Province, Pays ou Territoire)* — (Stato) / *(Pays)*

Nazionalità / *Nationalité*

2.3. Stato Civile / *Etat civil*: ☐ Celibe/Nubile / *Célibataire* ☐ Coniugato/a / *Marié/e* ☐ Vedovo/a / *Veuf/veuve* ☐ Divorziato/a / *Divorcé/e*

2.4. Luogo di residenza / *Lieu de résidence*: (Numero e via) / *(Numéro et rue)* — (Comune o frazione) / *(Cité, ville ou village)* — (Provincia o territorio) / *(Province ou tTerritoire)* — (Stato) / *(Pays)* — (Codice Postale) / *(Code Postal)*

3. Membri della famiglia/*Membres de la famille* (4)

3.1. Cognome/*Nom*	Nomi/*Prénoms*	Cognome da nubile *Nom de jeune fille*	Data di nascita *Date de naissance*	Relazione di parentela *Lien de parenté*

3.2. Indirizzo abituale *Adresse habituelle* (2) (5) .....

4. Le persone sopra indicate hanno diritto al le prestazioni in nature della Assicurazione malattia e maternità. Tali prestazioni possono essere corrisposte :
Les personnes précitées ont droit aux prestations en nature de l'Assurance maladie-maternité.
Ces prestations peuvent être servies :

4.1. ☐ dal/*du* ..... al/*au* ..... (3)

4.2. ☐ per i casi di malattia insorti fino al ..... incluso (3)
pour les cas de maladie survenue jusqu'au ..... *inclus* (3)

4.3. ☐ per/*et pendant* ..... giorni/*jours* ..... settimane/*semaines* ..... (3)

5. Istituzione competente/*Institution compétente*

5.1. Denominazione/*Dénomination* .....

5.2. Indirizzo/*Adresse* (2) .....
.....

5.3. Timbro/*Cachet*

5.4. Data/*Date* .....

5.5. Firma/*Signature* .....

AVVERTENZE

Il formulario deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le opposite linee.
L'Istituzione competente o, se del caso, l'Istituzione del luogo di residenza del titolare di pensione o rendita, compila il formulario e lo restituisce all' interessato oppure lo trasmette all' Istituzione del luogo di dimora ove sia stato emesso su richiesta di quest'ultima.

Avvertenze per l'assicurato e per familiari :

a) il presente documento consente :
- all'assicurato e ai familiari elencati al quadro 3, che si trovino temporaneamente nel Paese (Paese di origine) diverso dalla Stato competente ;
- al titolare di pensione o rendita ed ai suoi familiari indicati al quadro 3 che si trovino temporaneamente in un Paese (Paese di dimora) diverso da quello ove risiedono abitualmente,

di obtenere, da parte degli Organismi assicuratori del predetto Paese di dimora, le prestazioni in natura in caso di malattia e maternità ed anche a titolo provvisorio, in caso di infortunio sul lavoro o di malattia professionale.

b) Quando sono necessarie prestazioni, compreso il ricovero in ospedale, questo documento deve essere presentato all'Istituzione di assicurazione del Paese di dimora, e cioè :
in ITALIA, per la generalità degli assistati, all'Unità Sanitaria Locale (USL) competente per territorio ; per il personale naviganta, maritimo e dell'aviazione civile, al Ministero della Sanità, Ufficio di Sanità Marittima o Aerea competente per territorio ;
in TUNISIA CNSS : per i lavoratori
CAVIS : per i titolari di pensione

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes
L'Institution compétente ou, le cas échéant, l'Institution du lieu de résidence du titulaire de pension ou de rente remplit le formulaire et le remet à l'intéressé, ou l'envoie à l'Institution du lieu de séjour si le formulaire a été établi à la demande de celle-ci.

INDICATIONS POUR L'ASSURE ET LES MEMBRES DE SA FAMILLE :

a) *le présent document permet :*
- au travailleur et aux membres de sa famille énumérés au cadre 3, qui se trouvent en séjour temporaire dans le Pays d'origine différent de l'Etat compétent ;
- au titulaire de pension ou de rente et aux membres de sa famille énumérés au cadre 3, qui séjournent temporairement dans un autre pays que celui où ils ont leur résidence habituelle,
d'obtenir des Organismes assureurs du Pays de séjour les prestations en nature en cas de maladie ou de maternité et, à titre provisoire, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

b) *Quand un des intéressés doit recourir aux prestations, y compris l'hospitalisation, ce document doit être présenté à l'Organisme assureur du Pays de séjour, c'est-à-dire :*
en ITALIE pour la généralité des assurés, à l'Unità Sanitaire Locale (USL) compétente pour le territoire; pour le personnel de navigation, gens de mer et de l'aviation civil, au Ministero della Sanità, Ufficio de Sanità Maritima o Aerea compétente pour le territoire ;
en TUNISIE : CNSS : pour les travailleurs
CAVIS : pour les titulaires de pension

NOTE

(1) Da riempire unicamente quando il formulario è rilasciato a domanda dell'Istituzione del luogo di soggiorno.
(2) Codice postale, località, via, numero, paese.
(3) Mettere una croce nella casella che precede la indicazione appropriata.
(4) Indicare unicamente i membri della famiglia che si recano temporaneamente nell'altro Stato con il lavoratore.
(5) Da indicare unicamente quando l'indirizzo dei membri della famiglia differisce da quello del lavoratore o del titolare della pensione o rendita.

NOTES

(1) *A remplir uniquement quand le formulaire est établi à la demande de l'Institution du lieu de séjour.*
(2) *Code postal, localité, rue, numéro, pays.*
(3) *Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.*
(4) *Indiquer uniquement les membres de la famille qui se rendent temporairement dans l'autre Etat avec le travailleur.*
(5) *A indiquer uniquement quand l'adresse des membres de la famille diffère de celle du travailleur ou du titulaire de pension ou de rente.*

CONVENZIONE TUNISO-ITALIANA DI SICUREZZA SOCIALE
CONVENTION TUNISO-ITALIENNE DE SECURITE SOCIALE

TN/I 12
I/TN 12

Artt. 15 e 26 della Convenzione
Art. 15 et 26 de la Convention
Artt. 10, 19 (1) e 20 dell 'Accordo Amministrativo
Art. 10, 19 (1) et 20 de l'Arrangement Administratif

CONCESSIONE DI PROTESI, DI GRANDI APPARECCHI, ECC.
OCTROI DE PROTHESES, DE GRAND APPAREILLAGE, ETC.

L'Istituzione del luogo di residenza o di dimora compila la parte A e trasmette all'Istituzione competente una o due copie del formulario secondo che la notifica riguardi, rispettivamente, il punto 7.1. o il punto 7.2. L'Istituzione competente, qualora ravvisi di doversi opporre all'erogazione della prestazioni, dovra riempire la parte B ed inviare una copia del formulario all'istituzione del luogo di residenze o di dimora.
L'Institution du lieu de résidence ou de séjour remplit la partie A et transmet à l'Institution compétente un ou deux exemplaires du formulaire selon que cette notification concerne, respectivement, le cas visé au point 7.1. ou au point 7.2. Si l'Institution compétente estime devoir faire opposition au service des prestations, elle doit remplir la partie B et renvoyer un exemplaire du formulaire à l'Institution du lieu de résidence ou de séjour.

A. NOTIFICA/*NOTIFICATION*

1. All'Istituzione competente/*A l'Institution compétente*

1.1. Denominazione : .....
Dénomination .....

1.2. Indirizzo : (1) .....
Adresse : (1) .....

2

☐ (2) Lavoratore salariato e assimilato
Travailleur salarié et assimilé

☐ Titolare di pensione o rendita (regime dei lavoratori salariati e assimilati)
Titulaire de pension ou de rente (régime des travailleurs salariés et assimilés)

☐ (2) Lavoratore indipendente
Travailleur indépendant

☐ Titolare di pensione o di rendita (regime dei lavoratori indipendenti)
Titulaire de pension ou de rente (régime des travailleurs indépendants)

2. Lavoratore/*Travailleur*

2.1. Cognome / *Nom* — Nomi / *Prénoms* — del padre / *du père* — del nonno / *du grand-père*

2.2. Data di nascita / *Date de Naissance*

Giorno / *Jour*	Mese / *Mois*	Anno / *Année*

Luogo di nascita / *lieu de naissance* — (Comune o frazione) / *(Cité, ville ou village)* — (Provincia o Territorio) / *(Province, Pays ou Territoire)* — (Stato) / *(Pays)*

Nazionalità / *Nationalité* _____

2.3. Stato Civile / *Etat civil*

☐ Celibe/Nubile / *Célibataire*
☐ Coniugato/a / *Marié/e*
☐ Vedovo/a / *Veuf/veuve*
☐ Divorziato/a / *Divorcé/e*

2.4. Luogo di residenza
Lieu de résidence

(Numero e via) *(Numéro et rue)*	(Comune o frazione) *(Cité, ville ou village)*	(Provincia o territorio) *(Province ou Territoire)*	(Stato) *(Pays)*	(Codice Postale) *(Code Postal)*

2.5. Professione
Profession _____

N° di immatricolazione
N° d'immatriculation

in Italia
en Italie _____

in Tunisia
en Tunisie _____

3. Familiare in causa
Membre de la famille concerné

3.1. Cognome/*Nom*	Nomi/*Prénoms*	Cognome de nubile *Nom de jeune fille*	Data di nascita *Date de naissance*	Relazione di parentela *Lien de parenté*

3.2. Indirizzo in Italia (1) (3)
Adresse habituelle .....

4. Riferimento :
Référence :

4.1. ☐ al vostro formulario
votre formulaire ..... del/du (3) .....

4.2. ☐ Al nostro formulario
notre formulaire ..... del/du .....

5. I servizi sanitari di questa istituzione hanno riconosciuto, per la persona indicata
Nos services médicaux ont reconu, pour la personne désignée

☐ al quadro 2
au cadre 2

☐ al quadro 3
au cadre 3

5.1. ☐ La necessità
La necessité

☐ L'urgenza assoluta
L'urgence absolue

5.2. della seguenti prestazioni .....
des prestations suivantes .....

5.3. Il cui costa ☐ probabile ☐ effetivo ai sensi della nostra legislazione è di : ..... (4)
Le coût ☐ *probable* ☐ *effectif* *dans le cadre de notre législation est de* ..... (4)

6. ☐ Si allega il rapporto del medico di controllo (5)
Vous trouverez en annexe le rapport médical de contrôle

7. Le prestazioni citate al punto 5.2.
Les prestations citées au point 5.2.

7.1. ☐ sono già state accordate d'urgence in data .....
ont déjà été servies d'urgences le

7.2. ☐ Saranno accordate qualora, entro 30 giorni dalla data d'invio della presente notifica, non pervenga da voi una motivata opposizione.
Seront servies si nous ne recevons pas d'opposition motivée de votre part dans les 30 jours à dater de l'envoi de la présente notification.

8. Istituzione del luogo di residenza o di dimora
Institution du lieu de résidence ou de séjour

8.1. Denominazione/*Dénomination* .....

8.2. Indirizzo/*Adresse* (2) .....

.....

8.3. Timbro/*Cachet*

8.4. Data/*Date* .....

8.5. Firma/*Signature* .....

B. EVENTUALE OPPOSIZIONE DELL'ISTITUZIONE COMPETENTE
OPPOSITION EVENTUELLE DE L'INSTITUTION COMPETENTE

9. In riferimento al punto 7.2. vi comunichiamo che le prestazioni indicate al punto 5.2. non possono essere erogate.
Comme suite au point 7.2. nous avons l'honneur de vous faire savoir que les prestations indiquées au point 5.2. ne peuvent être accordées
Motivo :
Motif

.....

.....

Vie e termine di ricorso/*Voies et délai de recours*

10. Istituzione competente
Institution compétente

10.1. Dénominazione : .....
Dénomination

10.2. Indirizzo (1) .....
Adresse .....

10.3. Timbro/*Cachet*

10.4. Data/*Date* .....

10.5. Firma/*Signature* .....

AVVERTENZE/*INSTRUCTIONS*

Il presente formulario deve essere compilato in stampatello utilizzando unicamente le linee apposite punteggiate.
Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie en utilisant uniquement les lignes pointillées.

NOTE/*NOTES*

(1) Via, numero, codice postale, località, paese.
Rue, numéro, code postal, localité, pays.
(2) Da indicare esclusivamente quando l'indirizzo del familiare differisce da quello indicato al quadro 2.
A indiquer seulement lorsque l'adresse du membre de la famille diffère de celle mentionnée au cadre 2.
(3) Indicare il numero e la data del modulo attestante al diritto alle prestazioni dell'assicurato.
Numéro et date d'émission du formulaire attestant le droit de l'intéressé aux prestations.
(4) Importo da indicare nella moneta del paese di dimora o di residenza.
Montant à indiquer dans la monnaie du pays de résidence ou de séjour.
(5) Nell' eventualità che venga allegato al rapporto di cui trattasi, riportare una x nel quadratino.
Si le rapport médical est joint au formulaire, mettre une croix dans la case prévue.

CONVENZIONE TUNISO-ITALIANA DI SICUREZZA SOCIALE
CONVENTION TUNISO-ITALIENNE DE SECURITE SOCIALE

TN/I 13
I/TN 13

Artt. 11, 12, 13 p. 2. 14 - 25 (1) della Convenzione
Art. 11, 12, 13 p. 2. 14 - 25 (1) de la Convention

NOTIFICA DELLA SOSPENSIONE O SOPPRESSIONE DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA DELL'ASSICURAZIONE MALATTIA E MATERNITA.
NOTIFICATION DE SUSPENSION OU DE SUPPRESSION DU DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE DE :

☐ *Assurance Maladie-Maternité*
☐ *Accident du travail et Maladies Professionnelles*

A. NOTIFICA/*NOTIFICATION*

1. Istituzione destinataria/*Institution destinataire*

1.1. Denominazione/*Dénomination* .....
1.2. Indirizzo/*Adresse* (2) .....
.....

2. ☐ Lavoratore/*Travailleur*
☐ Titulare di pensione o rendita/*Titulaire de pension ou de rente* (1)

2.1. Cognome / *Nom* — Nomi / *Prénoms* — del padre / *du père* — del nonno / *du grand-père*

2.2. Data di nascita / *Date de Naissance*: Giorno / *Jour* | Mese / *Mois* | Anno / *Année*
Luogo di nascita / *lieu de naissance*: (Comune o frazione) / *(Cité, ville ou village)* — (Provincia o Territorio) / *(Province, Pays ou Territoire)* — (Stato) / *(Pays)*
Nazionalità / *Nationalité* _____

2.3. Stato Civile / *Etat civil*
☐ Celibe/Nubile / *Célibataire*
☐ Coniugato/a / *Marié/e*
☐ Vedovo/a / *Veuf/veuve*
☐ Divorziato/a / *Divorcé/e*

2.4. Luogo di residenza / *Lieu de résidence*
(Numero e via) / *(Numéro et rue)* — (Comune o frazione) / *(Cité, ville ou village)* — (Provincia o territorio) / *(Province ou Territoire)* — (Stato) / *(Pays)* — (Codice Postale) / *(Code Postal)*

2.5. Professione / *Profession* _____

N° di immatricolazione / *N° d'immatriculation*
in Italia / *en Italie* _____
in Tunisia / *en Tunisie* _____

3. Familiare/*Membres de la famille* (3)

3.1. Cognome/*Nom*	Nomi/*Prénoms*	Cognome de nubile *Nom de jeune fille*	Data di nascita *Date de naissance*	Relazione di parentela *Lien de parenté*

3.2. Indirizzo nel paese di residenza
Adresse dans le pays de résidence (2) .....

4. Il diritto attestato con il nostro/*le droit à prestations attesté par notre* formulario/*formulaire* ..... del/*du* .....

4.1. (1) ☐ Il lavoratore predetto non è più assicurato presso la sottoscritta istituzione dal .....
Le travailleur désigné ci-dessus a cessé d'être assuré par nous depuis le .....

4.2. (1) ☐ La pensione o rendita del titolare predetto é sospesa o soppressa dal .....
La pension ou la rente du titulaire désigné ci-dessus est suspendue ou supprimée à compter du .....

4.3. (1) ☐ Tutte le persone che erano iscritte all'istituzione in indirizzo non risiedono più nel vostro paese dal ...
Toute les personne qui étaient inscrites chez vous ne résident plus dans votre pays depuis le .....
.....

4.4. (1) ☐ Il titolare è deceduto il/*le titulaire est décédé le* .....

4.5. (1) ☐ (4) .....

5. Istituzione competente/*Institution compétente*

5.1. Denominazione/*Dénomination* .....

5.2. Indirizzo/*Adresse* (2) .....
.....

5.3. Timbro/*Cachet*

5.4. Data/*Date* .....

5.5. Firma/*Signature* .....

B. AVVISO DI RICEZIONE DELLA NOTIFICA/*ACCUSE DE RECEPTION*

6. Istituzione competente/*Institution compétente*

6.1. Denominazione/*Dénomination* .....

6.2. Indirizzo/*Adresse* (2) .....
.....

7. La notifica contenuta nella parte A sopra indicata è a noi pervenuta il
La notification contenue à la partie A ci-dessus nous est parvenue le .....

8.
(1) ☐ La persona indicata nella parte A / *La personne indiquée à la partie A*
(1) ☐ Le persone indicate nella parte A / *Les personnes indiquées à la partie A*

(1) ☐ non ha più beneficiato / *n'a plus bénéficié*
(1) ☐ non hanno più beneficiato / *n'ont plus bénéficié*

(1) ☐ non beneficerà più / *ne bénéficiera plus*
(1) ☐ non beneficieranno più / *ne bénéficieront plus*

di prestazioni a decorrere dal/*de prestations à partir du* .....

9. Istituzione del luogo di residenza/*Institution du lieu de résidence*

9.1. Denominazione/*Dénomination* .....

9.2. Indirizzo/*Adresse* (2) .....

.....

9.3. Timbro/*Cachet*

9.4. Data/*Date* .....

9.5. Firma/*Signature* .....

AVVERTENZE/*INSTRUCTIONS*

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello utilizzando unicamente le apposite linee.
Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes.
L'Istituzione competente redige la parte A dello stampato e trasmette due copie dello stampato stesso all'Istituzione del luogo di residenza (eventualmente tramite l'Organismo di collegamento). L'Istituzione del luogo di residenza compila la parte B e, al più presto possible, invia un esemplare del formulario all'Istituzione competente.
L'Institution compétente remplit la partie A du formulaire et adresse deux exemplaires de celui-ci à l'Institution du lieu de résidence (le cas échéant par l'intermédiaire de l'Organisme de liaison). L'Institution du lieu de résidence remplit la partie B et retourne au plus tôt un exemplaire du formulaire à l'Institution compétente.

NOTE/*NOTES*

(1) Mettere una croce nella casella che precede l'indicazione appropriata.
Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.

(2) Via, numero, codice postale, località, paese.
Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(3) Da compilare esclusivamente nei casi in cui lo stampato notifichi la soppressione o la sospensione del diritto alle prestazioni in natura dei soli familiari ; il tal caso indicare uno solo di essi.
A remplir uniquement quand la suppression ou la suspension du droit aux prestations en nature notifiée par le présent formulaire n'affecte que les membres de la famille ; dans ce cas, indiquer un seul de ceux-ci.

(4) Indicare eventuali altri motivi.
Autres motifs, s'ils y a lieu.

Art. 25 par. 1 della Convenzione
Art. 25 par 1. de la Convention
Art. 19 dell'Accordo Amministrativo
Art. 19 de l'Arrangement Administratif

ATTESTATO CONCERNENTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA DELLA ASSICURAZIONE INFORTUNI SUL LAVORO E. MALATTIE PROFESSIONALI
ATTESTATION DE DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE DE L'ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES

Il formulario, qualora sia stato richiesto dall'Istituzione del luogo di residenza o di dimora dell'interessato, deve essere inviato all'Istituzione stessa ; negli altri casi deve essere consegnato al lavoratore.

Quand le formulaire a été demandé par l'Institution du lieu de résidence ou de séjour de l'intéressé, il doit être adressé à ladite institution ; dans les autres cas, il doit être remis au travailleur.

1. All'Istituzione del luogo di residenza o di dimora */A l'Institution du lieu de résidence ou de séjour*

1.1. Denominazione : .....
Dénomination .....
1.2. Indirizzo : (1) .....
Adresse : (1) .....
1.3. Riferimento : vostra domanda del .....
Référence : votre requête du .....

2. ☐ Lavoratore subordinato *Travailleur salarié* ☐ Lavoratore autonomo *Travailleur indépendant*

2.1. Cognome / *Nom* — Nomi / *Prénoms* — del padre / *du père* — del nonno / *du grand-père*

2.2. Data di nascita / *Date de Naissance* — Giorno / *Jour* | Mese / *Mois* | Anno / *Année*
Luogo di nascita / *lieu de naissance* — (Comune o frazione) / *(Cité, ville ou village)* — (Provincia o Territorio) / *(Province, Pays ou Territoire)* — (Stato) / *(Pays)*
Nazionalità / *Nationalité*

2.3. Stato Civile / *Etat civil* — ☐ Celibe/Nubile / *Célibataire* ☐ Coniugato/a / *Marié/e* ☐ Vedovo/a / *Veuf/veuve* ☐ Divorziato/a / *Divorcé/e*

2.4. Luogo di residenza / *Lieu de résidence* — (Numero e via) / *(Numéro et rue)* — (Comune o frazione) / *(Cité, ville ou village)* — (Provincia o territorio) / *(Province ou Territoire)* — (Stato) / *(Pays)* — (Codice Postale) / *(Code Postal)*

2.5. Professione
Profession _____

N° di immatricolazione
N° d'immatriculation

in Italia
en Italie _____

in Tunisia
en Tunisie _____

3. A seguito/*En raison*

3.1. ☐ di quanto da voi notificato mediante la comunicazione del .....
des éléments indiqués dans votre communication du .....

3.2. ☐ dell' infortunio sul lavoro verificatosi il .....
de l'accident du travail survenu le .....
con le seguenti conseguenze : .....
et entrainant les conséquences suivantes .....

3.3. ☐ della malattia professionale vericatasi il .....
de la maladie professionnelle contractée le .....
con le seguenti conseguenze .....
et entrainant les conséquences suivantes .....

3.4. ☐ dell' autorizzazione da noi accordata all' interessato a conservare il beneficio delle prestazioni in natura in Tunisia dove si reca
de l'autorisation que nous avons accordée à l'intéressé de conserver le bénéfice des prestations en nature en Tunisie où il se rend.

☐ per stabilire la propria residenza
pour y établir sa résidence

☐ per cure
pour y recevoir des soins

4. Al lavoratore predetto possono essere concesse prestazioni in natura
Le travailleur désigné ci-dessus peut bénéficier des prestations en nature

☐ per infortunio sul lavoro
pour accident du travail

☐ per malattia professionale
pour maladie professionnelle

4.1. ☐ fino al .....
jusqu'au .....

4.2. ☐ fino alla notifica do annulamento del presente attestato .....
jusqu'à annulation de la présente attestation .....

5. Il rapporto riservato dal nostro medico di controllo
Le rapport de notre médecin contrôleur

5.1. ☐ è allegato in busta chiusa
est joint sous pli fermé

5.2. ☐ è stato inviato il ..... a (2) .....
a été envoyé le ..... à .....

5.3. ☐ può essere richiesto alla sottoscritta istituzione .....
peut nous êtres demandé .....

5.4. ☐ non è stato compilato
n'a pas été établi

6. Istituzione competente/*Institution compétente*

6.1. Denominazione/*Dénomination* .....

6.2. Indirizzo/*Adressa* (1) .....

.....

6.3. Timbro/*Cachet*

6.4. Data/*Date* .....

6.5. Firma/*Signature* .....

AVVERTENZE/*INSTRUCTIONS*

Il presente formulario deve essere compilato in stampatello utilizzando unicamente le linee apposite punteggiate.
Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées.

NOTE/*NOTES*

(1) Via, numero, codice postale, località, pays.
Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(2) Denominazione ed indirizzo dell' istituzione alla quale è stata inviata il rapporto medico.
Dénomination et adresse de l'institution à laquelle le rapport médical a été adressé.

GUIDA
ALL'ASSISTENZA SANITARIA ALL'ESTERO
PER LE PERSONE ASSICURATE DAL S.S.N.

Finito di stampare
nel mese di giugno 2012