

II

(Atti per i quali la pubblicazione non è una condizione di applicabilità)

COMMISSIONE

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

DECISIONE N. 201

del 15 dicembre 2004

relativa ai modelli di formulari necessari per l'applicazione dei regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72 del Consiglio (serie E 400)

(Testo rilevante ai fini del SEE e dell'accordo UE/Svizzera)

(2005/376/CE)

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

visto l'articolo 81, lettera a), del regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio, del 14 giugno 1971, relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità ⁽¹⁾, a norma del quale la Commissione amministrativa è incaricata di trattare ogni questione amministrativa derivante dalle disposizioni del regolamento (CEE) n. 1408/71 e degli ulteriori regolamenti,

visto l'articolo 2, paragrafo 1, del regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio, del 21 marzo 1972, che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71 ⁽²⁾, a norma del quale la Commissione amministrativa è incaricata di stabilire i modelli dei documenti necessari all'applicazione dei regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72,

vista la decisione n. 146, del 10 ottobre 1990, relativa all'interpretazione dell'articolo 94, paragrafo 9, del regolamento (CEE) n. 1408/71 ⁽³⁾,

vista la decisione n. 155, del 6 luglio 1994, relativa ai modelli dei formulari necessari per l'applicazione dei regolamenti del

Consiglio (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72 (da E 401 a E 411) ⁽⁴⁾,

vista la decisione n. 157, del 1° luglio 1995, relativa ai modelli dei formulari necessari per l'applicazione dei regolamenti del Consiglio (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72 (da E 401 a E 411) ⁽⁵⁾,

considerando quanto segue:

- (1) L'allargamento dell'Unione europea dal 1° maggio 2004 rende necessario adattare i formulari della serie E 400.
- (2) L'accordo sullo Spazio economico europeo (accordo SEE) del 2 maggio 1992, integrato dal protocollo del 17 marzo 1993, allegato VI, attua i regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72 nell'ambito dello Spazio economico europeo.
- (3) La Comunità europea e i suoi Stati membri, da una parte, e la Confederazione svizzera, dall'altra, hanno concluso un accordo sulla libera circolazione delle persone (accordo con la Svizzera), che è entrato in vigore il 1° giugno 2002. L'allegato II di tale accordo fa riferimento ai regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72.

⁽¹⁾ GU L 149 del 5.7.1971, pag. 2.

⁽²⁾ GU L 74 del 27.3.1972, pag. 1. Regolamento modificato da ultimo dal regolamento (CE) n. 77/2005 (GU L 16 del 20.1.2005, pag. 3).

⁽³⁾ GU L 235 del 23.8.1991, pag. 9. Decisione modificata da ultimo dalla decisione n. 167 (GU L 195 dell'11.7.1998, pag. 35).

⁽⁴⁾ GU L 209 del 5.9.1995, pag. 1.

⁽⁵⁾ Decisione non pubblicata che estende la decisione n. 155 all'Austria, alla Finlandia ed alla Svezia.

- (4) Per motivi di ordine pratico, è opportuno che i formulari utilizzati nell'Unione europea e nel quadro dell'accordo SEE e dell'accordo con la Svizzera siano identici,

DECIDE:

1. La decisione n. 155 è abrogata e i modelli di formulari E 401, E 402, E 403, E 404, E 405, E 406, E 407 e E 411 figuranti in tale decisione sono sostituiti dai modelli in allegato.
2. È abrogato il modello di formulario E 413F figurante nella decisione n. 146.
3. La decisione n. 157 è abrogata.

4. Le autorità competenti degli Stati membri mettono a disposizione delle parti interessate i moduli i cui modelli figurano in allegato. Questi formulari sono disponibili nelle lingue ufficiali della Comunità e presentati in modo tale che le varie versioni linguistiche siano perfettamente sovrapponibili, in modo da consentire a tutti i destinatari di ricevere il formulario stampato nella propria lingua.
5. La presente decisione sarà applicabile a partire dal primo giorno del mese successivo alla pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale dell'Unione europea*.

*Il presidente
della Commissione amministrativa*

C. J. VAN DEN BERG

CERTIFICATO RELATIVO ALLA COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA PER LA CONCESSIONE DELLE PRESTAZIONI FAMILIARI

Reg. 1408/71: art. 73; art. 74; art. 77; art. 78
Reg. 574/72: art. 86.2; art. 88; art. 90; art. 91; art. 92

A. Richiesta di certificato

1.	☐ Lavoratore subordinato	☐ Persona di cui l'orfano è a carico	☐ Titolare di pensione o di rendita (regime lavoratori subordinati) ⁽⁴⁾
	☐ Lavoratore autonomo	☐ Orfano	☐ Titolare di pensione o di rendita (regime lavoratori autonomi) ⁽⁴⁾
1.1. Cognome ^(1 bis)			
1.2. Nomi		Cognomi precedenti ^(1 bis)	Luogo di nascita ⁽²⁾
1.3. Data di nascita		Sesso	Nazionalità
1.4. Numero d'identificazione ⁽³⁾			
1.5. Stato civile		☐ celibe/nubile	☐ coniugato/a
		☐ divorziato/a	☐ vedovo/a
		☐ separato/a ⁽⁵⁾	☐ convivente ⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾
1.6. Indirizzo nel paese di residenza dei familiari:			
Via		N.	
Codice postale		Città	Stato

2.	☐ Coniuge	☐ Coniuge separato o divorziato dal lavoratore o dal titolare della pensione
	☐ Genitore superstite ⁽⁸⁾	☐ Convivente ⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾
2.1. Cognome ^(1 bis)		
2.2. Nomi		Cognomi precedenti ^(1 bis)
2.3. Data di nascita		Sesso
		Nazionalità
		Numero d'identificazione/assicurazione ⁽³⁾
2.4. Indirizzo:		
Via		N.
Codice postale		Città
		Stato
2.5. Esercizio di attività retribuita:		☐ Sì ☐ No

3.	☐ Persona/e diversa/e dal coniuge sotto il cui tetto vivono i familiari
3.1. Cognome ^(1 bis) /Denominazione (persona giuridica)	
3.2. Nomi	
Cognomi precedenti ^(1 bis)	
Luogo di nascita ⁽²⁾	
3.3. Data di nascita	
Sesso	
Nazionalità	
Numero di identificazione/assicurazione ⁽³⁾	
3.4. Rapporto di parentela con il/i figlio/i	
3.5. Indirizzo:	
Via	
N.	
Codice postale	
Città	
Stato	
3.6. Esercizio di attività retribuita:	
☐ Sì ☐ No	

4. Familiari per i quali sono richieste le prestazioni familiari, che abitano con la persona di cui ai punti 2 o 3

[illegible]

5. Denominazione e indirizzo dell'istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari

5.1.	Denominazione
5.2.	Indirizzo ⁽¹¹⁾
5.3.	Numero di riferimento della pratica

B. Certificato

La parte B di questo modulo deve essere compilata dall'ufficio anagrafico o dall'amministrazione competente in materia di stato civile nel paese di residenza dei familiari ⁽¹³⁾

6.	Composizione della famiglia in cui abitano i familiari di cui al punto 4			
6.1.	Cognome ^(1 bis)	Nomi	Data di nascita ⁽⁹⁾	Rapporto di parentela ⁽¹⁰⁾
	1.			
	2.			
	3.			
	4.			
	5.			
	6.			
	7.			
	8.			
	9.			
	10.			
6.2.	Osservazioni ⁽¹³⁾			

7.	Informazioni da fornire qualora il formulario sia inviato alle autorità danesi, islandesi o norvegesi ⁽¹⁴⁾		
7.1.	Persona che esercita la patria potestà		
7.2.	Il mantenimento dei figli fondi pubblici	☐ è a carico di	☐ non è a carico di
7.3.	La madre e/o il padre dei figli In caso affermativo, data di morte	☐ sono/è	☐ non sono/non è deceduti/a/o ⁽¹⁵⁾
7.4.	La madre e/o il padre dei figli di una pensione di vecchiaia o di invalidità	☐ beneficiano/beneficia	☐ non beneficiano/non beneficia ⁽¹⁵⁾

8.	Ufficio anagrafico o autorità competente in materia di stato civile ⁽¹²⁾ La veridicità delle informazioni di cui sopra è confermata dai documenti ufficiali in nostro possesso		
8.1.	Denominazione e indirizzo dell'ufficio anagrafico o dell'amministrazione competente ⁽¹¹⁾		
8.2.	Timbro		
		8.3.	Data
			
		8.4.	Firma
			

ISTRUZIONI

Si prega di compilare il modulo in stampatello, scrivendo solo sulle linee tratteggiate. Esso è costituito da cinque pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata, anche qualora non contenga alcuna indicazione. Il modulo deve essere compilato nella lingua dell'organismo di cui al punto 8

NOTE

- (¹) Sigla del paese in cui è situata l'istituzione che compila il modulo: BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipro; LV = Lettonia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; HU = Ungheria; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portogallo; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; FI = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.
- (^{1 bis}) Per i cittadini spagnoli indicare entrambi i cognomi. Per i cittadini portoghesi indicare tutte le generalità (nomi, cognomi, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto. Per l'Italia indicare il cognome da nubile.
- (²) Per il Portogallo, indicare anche la parrocchia e il comune.
- (³) Se il modulo è destinato a un'istituzione ceca, indicare il numero di nascita; se destinato a un'istituzione cipriota, il numero cipriota di identificazione per un cittadino cipriota o il numero di certificato di registrazione stranieri (ARC) per un cittadino straniero; per un'istituzione danese, indicare il numero CPR; per un'istituzione finlandese, indicare il numero di registro demografico; per un'istituzione svedese indicare il numero personale (personnummer); per un'istituzione islandese, indicare il numero di identificazione personale (kennitala); per un'istituzione del Liechtenstein, indicare il numero di assicurazione AHV; per un'istituzione lituana indicare il numero di identificazione personale; per un'istituzione lettone indicare il numero di identità; per un'istituzione ungherese, indicare il numero TAJ (identificazione assicurazione sociale); per un'istituzione maltese, indicare il numero di carta d'identità per un cittadino maltese oppure il numero di sicurezza sociale maltese per un cittadino non maltese; per un'istituzione norvegese, indicare il numero di identificazione personale (fødselsnummer); per un'istituzione belga, indicare il numero nazionale di sicurezza sociale (NISS); per un'istituzione tedesca del regime generale assicurazione pensionistica, indicare il numero di assicurazione (VSNR); per un'istituzione spagnola, indicare il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (DNI) o N.I.E nel caso di cittadini stranieri, anche se la carta non è più valida; per un'istituzione polacca, indicare i numeri PESEL e NIP; per un'istituzione portoghese, indicare inoltre il numero di registrazione nel regime generale pensionistico, ove la persona interessata sia stata assicurata nel quadro del regime di sicurezza sociale per i dipendenti pubblici in Portogallo; per un'istituzione slovacca, indicare il numero di nascita; per un'istituzione slovena, indicare il numero di identificazione personale (EMŠO) e il numero fiscale; per un'istituzione svizzera, indicare il numero di assicurazione AVS/AI (AHV/IV); per un'istituzione italiana indicare il codice fiscale.
- (⁴) La Danimarca, la Polonia, il Liechtenstein, la Norvegia e la Svizzera non distinguono tra titolare di pensione (regime lavoratori subordinati) e titolare di pensione (regime lavoratori autonomi).
- (⁵) Per le istituzioni norvegesi indicare la data di separazione:
-
- (⁶) Per le istituzioni della Repubblica ceca, della Danimarca, dell'Islanda e della Norvegia.
- (⁷) Questa informazione si basa su una dichiarazione della persona interessata.
- (⁸) Se non già menzionato al punto 1.
- (⁹) Per le istituzioni danesi e norvegesi e italiane indicare unicamente i figli di età inferiore a 18 anni. Per le istituzioni lettoni indicare unicamente i figli di età inferiore a 15 anni e, qualora essi frequentino corsi di formazione generale o professionale e non siano beneficiari di una borsa di studio, né coniugati, i figli di età inferiore a 20 anni.
- (¹⁰) Indicare il rapporto di parentela di ciascun familiare con il lavoratore utilizzando le seguenti abbreviazioni:
 A = figlio legittimo. In Spagna e in Polonia figlio nato nell'ambito del matrimonio (matrimonial) e figlio nato al di fuori del matrimonio (non-matrimonial).
 A = figlio legittimato.
 C = figlio adottivo.
 D = figlio naturale (se il modulo è compilato per un lavoratore di sesso maschile, occorre indicare i figli naturali soltanto se ne è stata ufficialmente riconosciuta la paternità o l'obbligo alla corresponsione degli alimenti da parte del lavoratore in questione).
 E = figlio del coniuge che fa parte del nucleo familiare.
 F = nipoti, fratelli e sorelle che l'interessato ha accolto nel nucleo familiare. Se l'istituzione competente è greca, anche i/le nipoti di zii fino al terzo grado. Se l'istituzione competente è polacca, unicamente nipoti e fratelli/sorelle il cui tutore legale è una persona abilitata o il suo coniuge.
 G = altri minori che fanno parte del nucleo familiare permanente allo stesso titolo dei figli del lavoratore (minori dati in affidamento). Se l'istituzione competente è polacca, unicamente minori il cui tutore legale è una persona abilitata o il suo coniuge.
 H = per le istituzioni ceche indicare altre forme di custodia (affidamento a seguito di una decisione del tribunale a persone diverse dai genitori, dal tutore legale, dal curatore, ecc.).
 Gli altri rapporti di parentela (per esempio: nonno) vanno scritti per esteso. Se un figlio è coniugato, divorziato o vedovo, occorre indicarlo ai punti 4 e 6.1. Inoltre, per le istituzioni greche, indicare se un figlio è orfano di padre o di madre.
- (¹¹) Via, numero, codice postale, località, Stato.

- (¹²) In Spagna la «Dirección Provincial del Instituto Nacional de Seguridad Social» (Direzione provinciale dell'Istituto nazionale della sicurezza sociale) del luogo di residenza, oppure l'«Autoridad Municipal» (Autorità municipale) a seconda dei casi. Nel caso dei marinai, la «Dirección Provincial del Instituto Social de la Marina» (Direzione provinciale dell'Istituto sociale della marina); in Francia, la «mairie» (anagrafe) oppure la «caisse d'allocations familiales» (fondo indennità familiari); in Irlanda, Child Benefit Section, Department of Social and Family Affairs, St. Oliver Plunkett Road, Letterkenny, Co. Donegal; a Cipro il Ministry of Finance, Grants and Benefits Service, 1489 Nicosia; in Lettonia il «Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra» (Ente statale di assicurazione sociale), Riga; in Polonia, comune o distretto; in Portogallo, la «Junta de Freguesia» (consiglio parrocchiale) del luogo di residenza dei familiari; in Slovacchia, l'«úrad práce, sociálnych vecí a rodiny» (Ufficio del lavoro, degli affari sociali e della famiglia) nel luogo di residenza del richiedente; in Finlandia, l'Istituto di assicurazioni sociali, Helsinki; in Svezia il «försäkringskassan» (ufficio delle assicurazioni sociali) del luogo di residenza; nel Regno Unito, l'Inland Revenue, Child Benefit Office (amministrazione fiscale, ufficio delle prestazioni per figli a carico) (GB), PO Box 1, Newcastle-upon-Tyne NE 88 IAA o, per l'Irlanda del Nord, il «Child Benefit Office» (ufficio delle prestazioni per figli a carico) (NI), Windsor House, 9-15 Bedford Street Belfast BT2 7UW, e l'«Inland Revenue, Tax Credits Office» (amministrazione fiscale, ufficio crediti fiscali) (Irlanda del Nord), 52-58 Great Victoria Street, Belfast BT2 7WF, se del caso; in Svizzera, l'amministrazione comunale (ufficio di stato civile) del luogo di residenza; in Italia l'Amministrazione comunale, Comune – servizi demografici, del luogo di residenza dei familiari.
- (¹³) Se il figlio risiede ad un indirizzo diverso da quello indicato al punto 2.4 o 3.5, si prega di indicare l'altro indirizzo. Per le istituzioni norvegesi e polacche, si prega di indicare se il figlio risiede in un orfanotrofio, in una scuola speciale o in un altro istituto residenziale.
- (¹⁴) Fornire tale informazione soltanto se l'ufficio anagrafico dispone dei dati necessari.
- (¹⁵) Barrare il caso che non ricorre.
-

CERTIFICATO RELATIVO ALL'IMPORTO DEI REDDITI DELLA FAMIGLIA PER LA CONCESSIONE DELLE PRESTAZIONI FAMILIARI CONFORMEMENTE ALLA LEGISLAZIONE POLACCA

Reg. 1408/71: art. 73; art. 74; art. 77; art. 78
Reg. 574/72: art. 86; art. 88; art. 90

*Da utilizzarsi ai fini della concessione di prestazioni familiari conformemente alla legislazione polacca.
Il presente modulo deve essere compilato dall'istituzione di uno Stato membro diverso dallo Stato membro competente ⁽¹⁾.*

1. Reddito lordo delle persone di cui ai punti 1, 2 e 4 del modulo E 401 per il periodo dal
al in uno Stato membro diverso da quello competente ⁽²⁾

	Persona menzionata al punto 1 del modulo E 401	Persona menzionata al punto 2 del modulo E 401	Figlio/figli (persone menzionate al punto 4 del modulo E 401)
1.1. Salario derivante da un'attività retribuita			
1.2. Altri redditi da attività professionali (redditi da lavoro autonomo)			
1.3. Prestazioni di sicurezza sociale: — prestazioni			
1.4. Alimenti percepiti ⁽³⁾			
1.5. Redditi complessivi			
1.6. Alimenti versati a favore di altre persone ⁽⁴⁾			
1.7. Contributi di sicurezza sociale			
1.8. Imposta sul reddito (IR)			

2. Istituzione di uno Stato membro diverso dallo Stato membro competente ⁽¹⁾

2.1. Denominazione	
2.2. Indirizzo ⁽⁵⁾	
2.3. Numero di riferimento della pratica	
2.4. Timbro	2.5. Data
	2.6. Firma

NOTE

- (¹) Da compilarsi a cura dell'istituzione di cui all'allegato della decisione n. 151 o della nuova decisione n. 201 (recante approvazione di tale modulo). Qualora una parte o la totalità delle informazioni richieste non possa essere confermata dall'istituzione, il presente modulo deve essere comunque rinviato, anche se lasciato in bianco o compilato soltanto in parte; ove possibile, esso va inviato insieme ad una dichiarazione certificata riguardante le informazioni richieste sulla/e persona/e interessata/e.
- (²) Il periodo cui il modulo si riferisce va completato dall'istituzione di cui al punto 5 del modulo E 401.
- (³) Se tale importo non è stato incluso nei redditi di cui al punto 1.3.
- (⁴) Persone diverse da quelle menzionate ai punti 1, 2 e 4 del modulo E 401.
- (⁵) Via, numero, codice postale, località, Stato.
-

CERTIFICATO DI PROSECUZIONE DEGLI STUDI PER LA CONCESSIONE DELLE PRESTAZIONI FAMILIARI

Reg. 1408/7: art. 73; art. 74; art. 77; art. 78
Reg. 574/72: art. 86; art. 88; art. 90; art. 91; art. 92

A. Richiesta di certificato

Da compilarsi da parte dell'istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari; se il modulo è destinato ad un'istituzione belga o ceca, occorre allegare il modulo «E 402 Allegato».

1.	Persona che fa richiesta di prestazioni familiari			
	☐ Lavoratore subordinato		☐ Titolare di pensione o di rendita (regime lavoratori subordinati)	
	☐ Lavoratore autonomo		☐ Titolare di pensione o di rendita (regime lavoratori autonomi)	
	☐ Persone diverse da quelle summenzionate		☐ Orfano	
1.1. Cognome (^{1 bis})				
1.2. Nomi Cognomi precedenti (^{1 bis}) Luogo di nascita (²)				
1.3. Data di nascita Sesso Nazionalità Numero d'identificazione/assicurazione (³)				
1.4. Indirizzo (⁵)				

2.	Alunno o studente			
2.1. Cognome (^{1 bis})				
2.2. Nomi Cognomi precedenti (^{1 bis})				
2.3. Luogo di nascita (²) (⁴) Data di nascita Numero di identificazione/assicurazione (³)				
2.4. Indirizzo (⁵)				
2.5. ☐ Ha completato l'istruzione superiore ☐ Non ha completato l'istruzione superiore (¹¹)				

3.	Istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari			
3.1. Denominazione				
3.2. Indirizzo (⁵)				
3.3. Numero di riferimento della pratica				
3.4. Timbro		3.5. Data		
		3.6. Firma		

B. Certificato

Da compilarsi a cura dell'istituto (scuola o istituto d'istruzione superiore o universitario) e da inviare all'istituzione di cui al punto 3

4.

- 4.1. La persona di cui al punto 2 frequenta l'istituto scolastico di cui al punto 7 dal
- 4.2. L'anno scolastico è iniziato il (data) e terminato il (data)
- 4.3. Tipo di scuola ⁽⁶⁾
Tipo di studi ^(6 bis)
- 4.4. L'insegnamento presso tale istituto si protrarrà probabilmente fino al
- 4.5. L'insegnamento comporta ore di corso settimanali ⁽⁷⁾
Tali ore sono ripartite in mezze giornate ⁽⁸⁾
- 4.6. Numero stimato di ore destinate ai compiti a casa: alla settimana ⁽⁹⁾

5. Informazioni da fornire unicamente per le istituzioni ceche, francesi, lettoni, lussemburghesi e olandesi

- 5.1. La persona di cui al punto 2 ha frequentato l'istituto di cui al punto 7 dove ha seguito un corso:
☐ di formazione generale ☐ superiore o universitario ☐ di formazione tecnica o professionale ☐ altro (specificare)
- 5.2. Casi particolari (specificare):
☐ Corso per corrispondenza ☐ corsi serali
☐ Corsi di durata settimanale inferiore alle 20 ore
☐ Corso di durata inferiore a quella dell'anno scolastico, dal al
☐ Altri
- 5.3. Importo delle tasse universitarie ⁽⁹⁾
- 5.4. La persona di cui al punto 2 riceve una borsa di studio ⁽⁶⁾ ☐ Sì ☐ No
- 5.4.1. Importo della borsa di studio
- 5.5. Forma di retribuzione o di indennità ⁽¹⁰⁾
- 5.6. Stato civile

6. Informazioni da fornire unicamente alle istituzioni tedesche, se il corso comporta meno di 10 ore settimanali

- 6.1. Il corso è prescritto o raccomandato da un programma di studi riconosciuto dallo Stato ☐ Sì ☐ No
In caso negativo,
- 6.2. Il corso si conclude con un esame prescritto o generalmente riconosciuto ☐ Sì ☐ No
In caso negativo,
- 6.3. Durante il corso sono organizzati test regolari ☐ Sì ☐ No
In caso negativo,
- 6.4. Le lezioni del corso richiedono una preparazione o un ripasso notevoli ☐ Sì ☐ No
In caso negativo,
- 6.5. Sono acquisite conoscenze o competenze supplementari, necessarie o utili per il corso ☐ Sì ☐ No

7. Scuola o istituto d'istruzione superiore o universitario

- 7.1. Denominazione
- 7.2. Indirizzo ⁽⁵⁾
.....
- 7.3. Timbro 7.4. Data
- 7.5. Firma

ISTRUZIONI

Si prega di compilare il modulo in stampatello, scrivendo solo sulle linee tratteggiate. Il modulo deve essere compilato nella lingua dell'istituto di cui al punto 7

NOTE

- (¹) Sigla del paese in cui è situata l'istituzione che compila il modulo: BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipro; LV = Lettonia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; HU = Ungheria; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portogallo; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; FI = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.
- (^{1 bis}) Per i cittadini spagnoli indicare entrambi i cognomi. Per i cittadini portoghesi indicare tutte le generalità (nomi, cognomi, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto. Per la Repubblica ceca, ove le prestazioni familiari siano richieste da uno studente, le persone di cui ai punti 1 e 2 sono le stesse. Per l'Italia indicare il cognome da nubile.
- (²) Per il Portogallo, indicare anche la parrocchia e il comune.
- (³) Se il modulo è destinato a un'istituzione ceca, indicare il numero di nascita; se destinato a un'istituzione cipriota, il numero cipriota di identificazione per un cittadino cipriota o il numero di certificato di registrazione stranieri (ARC) per un cittadino straniero; per un'istituzione danese, indicare il numero CPR; per un'istituzione finlandese, indicare il numero di registro demografico; per un'istituzione svedese indicare il numero personale (personnummer); per un'istituzione islandese, indicare il numero di identificazione personale (kennitala); per un'istituzione del Liechtenstein, indicare il numero di assicurazione AHV; per un'istituzione lituana indicare il numero di identificazione personale; per un'istituzione lettone indicare il numero di identità; per un'istituzione ungherese, indicare il numero TAJ (identificazione assicurazione sociale); per un'istituzione maltese, indicare il numero di carta d'identità per un cittadino maltese oppure il numero di sicurezza sociale maltese per un cittadino non maltese; per un'istituzione norvegese, indicare il numero di identificazione personale (fødselsnummer); per un'istituzione belga, indicare il numero nazionale di sicurezza sociale (NISS); per un'istituzione tedesca del regime generale assicurazione pensionistica, indicare il numero di assicurazione (VSNR); per un'istituzione spagnola, indicare il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (DNI) o N.I.E nel caso di cittadini stranieri, anche se la carta non è più valida; per un'istituzione polacca, indicare i numeri PESEL e NIP; per un'istituzione portoghese, indicare inoltre il numero di registrazione nel regime generale pensionistico, ove la persona interessata sia stata assicurata nel quadro del regime di sicurezza sociale per i dipendenti pubblici in Portogallo; per un'istituzione slovacca, indicare il numero di nascita; per un'istituzione slovena, indicare il numero di identificazione personale (EMŠO) e il numero fiscale; per un'istituzione svizzera, indicare il numero di assicurazione AVS/AI (AHV/IV). Per un'istituzione italiana indicare il codice fiscale.
- (⁴) Per i cittadini svedesi questa informazione può non essere fornita, a meno che non sia ritenuta assolutamente necessaria.
- (⁵) Via, numero, codice postale, località, Stato.
- (⁶) Si prega di indicare se si tratta di una scuola pubblica, privata o sotto il controllo dello Stato. Da compilare unicamente quando l'istituzione di cui al punto 3 si trova nel Regno Unito.
- (^{6 bis}) Per le istituzioni slovacche indicare se si tratta di uno studio a tempo pieno o parziale.
- (⁷) Per le istituzioni tedesche compilare il punto 6, ove il corso comporti meno di 10 ore settimanali.
- (⁸) Da compilare se il modulo è destinato ad un'istituzione belga o finlandese, indicando il numero di mezze giornate qualora si tratti di istruzione scolastica elementare o media.
- (⁹) Per le istituzioni dei Paesi Bassi.
- (¹⁰) Per le istituzioni maltesi indicare se l'alunno/studente riceve un tipo di retribuzione per gli studi, indicandone l'importo settimanale.
- (¹¹) Per le istituzioni slovacche indicare se è stata completata l'istruzione secondaria.

Da compilarsi a cura della scuola o dell'istituto di istruzione superiore o universitaria di cui al punto 2, ove la richiesta di prestazioni familiari debba essere presentata a un'istituzione belga o ceca.

1.

- 1.1. Su quante mezzette giornate e su quante ore alla settimana vengono ripartiti i corsi?
mezzette giornate..... ore.....
- 1.2. I corsi ☐ vengono impartiti ☐ non vengono impartiti prima delle 19.00
- 1.3. L'alunno ☐ segue regolarmente ☐ non segue regolarmente i corsi
In caso negativo, indicare il numero di giorni d'assenza e i motivi
.....
- 1.4. I corsi di cui al punto 1.1 di cui sopra
a) ☐ comprendono ☐ non comprendono
ore di formazione pratica al di fuori dell'istituto, necessarie per ottenere un diploma ufficiale.
In caso affermativo, indicare la retribuzione o l'indennità lorda percepita:
.....
per il periodo: da a
- b) ☐ includono ☐ non includono
ore di lezioni pratiche al di fuori dell'istituto.
In caso affermativo, indicare il numero di ore alla settimana:
- c) ☐ includono ☐ non includono
ore dedicate allo studio all'interno dell'istituto.
In caso affermativo, indicare il numero di ore alla settimana:
- 1.5. Tipo di istruzione fornita
☐ formazione generale ☐ formazione tecnica o professionale ☐ istruzione artistica
☐ istruzione superiore non universitaria ☐ istruzione universitaria
- 1.6. Lo studente ☐ sta preparando ☐ non sta preparando
una tesi.
In caso affermativo, indicare
— da quale data?
— a quale data deve essere presentata la tesi?
- 1.7. Il programma di studio
☐ è ☐ non è riconosciuto dallo Stato
☐ corrisponde ☐ non corrisponde a un programma di studio riconosciuto dallo Stato
- 1.8. Indicare i periodi di vacanze
— Vacanze natalizie: da a
— Vacanze pasquali: da a
— Vacanze estive: da a

2. Scuola, università o istituto di istruzione superiore

- 2.1. Denominazione
- 2.2. Indirizzo (5)
.....
- 2.3. Timbro
- 2.4. Data
.....
- 2.5. Firma
.....

CERTIFICATO DI APPRENDISTATO E/O FORMAZIONE PROFESSIONALE PER LA CONCESSIONE DELLE PRESTAZIONI FAMILIARI

Reg. 1408/71: art. 73; art. 74; art. 77; art. 78
Reg. 574/72: art. 86; art. 88; art. 90; art. 91; art. 92

A. Richiesta di certificato

Da compilarsi a cura dell'istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari. Se il modulo è destinato ad un'istituzione francese si prega di allegare il modulo «E 403 Allegato», qualora l'interessato frequenti un corso di formazione professionale.

1.	Persona che fa richiesta di prestazioni familiari			
	☐ Lavoratore subordinato	☐ Titolare di pensione o di rendita (regime lavoratori subordinati)		
	☐ Lavoratore autonomo	☐ Titolare di pensione o di rendita (regime lavoratori autonomi)		
	☐ Persone diverse da quelle summenzionate	☐ Orfano		
1.1. Cognome ^(1 bis)				
1.2. Nomi Cognomi precedenti ^(1 bis) Luogo di nascita ⁽²⁾				
1.3. Data di nascita Sesso Nazionalità Numero d'identificazione/assicurazione ⁽³⁾				
1.4. Indirizzo nel paese di residenza dell'apprendista ⁽⁴⁾				
2.				
☐ Apprendista ☐ Tirocinante in formazione professionale ⁽⁵⁾				
2.1. Cognome ^(1 bis)				
2.2. Nomi Cognomi precedenti ^(1 bis)				
2.3. Luogo di nascita ⁽²⁾ Data di nascita Sesso Numero di identificazione/assicurazione ⁽³⁾				
2.4. Indirizzo ⁽⁴⁾				
3.				
Istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari				
3.1. Denominazione				
3.2. Indirizzo ⁽⁴⁾				
3.3. Numero di riferimento della pratica				
3.4. Timbro 3.5. Data				
..... 3.6. Firma				

B. Certificato

Da compilarsi a cura della persona, dell'impresa o dell'istituzione responsabile dell'apprendistato e da inviare all'organismo incaricato del controllo dello stesso, che a sua volta lo trasmetterà all'istituzione di cui al punto 3.

4. Informazioni relative all'apprendistato

- 4.1. L'apprendista di cui al punto 2 ci è stato affidato con decorrenza dal
per essere formato nella professione di:
- 4.2. L'apprendistato si svolge per ☐ giorni alla settimana ☐ ore alla settimana
e si protrarrà fino al
- 4.3. L'apprendista
☐ riceve
☐ un'indennità di apprendistato o un salario ☐ netto ⁽⁶⁾ ☐ lordo pari a
☐ settimanale ☐ mensile
☐ altre prestazioni ⁽⁷⁾
☐ alloggio ☐ pensione completa ☐ mezza pensione ☐ mance ☐ pasti al giorno ☐ altre ⁽⁸⁾
dal al pari a:
☐ non riceve
☐ un'indennità di apprendistato o un salario ☐ altre prestazioni
- 4.4. Luogo di lavoro
- 4.5. Nome della persona, denominazione dell'impresa o dell'istituzione incaricata dell'apprendistato
.....
- 4.6. Indirizzo ⁽⁴⁾
.....
- 4.7. Timbro 4.8. Data
.....
- 4.9. Firma
.....

5. Visto dell'organismo responsabile del controllo dell'apprendistato ⁽⁹⁾

- 5.1. Denominazione
- 5.2. Indirizzo ⁽⁴⁾
.....
- 5.3. Timbro 5.4. Data
.....
- 5.5. Firma
.....

ISTRUZIONI

Si prega di compilare il modulo in stampatello, scrivendo solo sulle linee tratteggiate. Esso è costituito da tre pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata, anche qualora non contenga alcuna indicazione. Il modulo deve essere compilato nella lingua dell'istituzione di cui al punto 5.

NOTE

- (¹) Sigla del paese in cui è situata l'istituzione che compila il modulo: BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipro; LV = Lettonia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; HU = Ungheria; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portogallo; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; FI = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.
- (^{1 bis}) Per i cittadini spagnoli indicare entrambi i cognomi. Per i cittadini portoghesi indicare tutte le generalità (nomi, cognomi, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto. Per la Repubblica ceca, ove le prestazioni familiari siano richieste da uno studente, le persone di cui ai punti 1 e 2 sono le stesse. Per l'Italia indicare il cognome da nubile.
- (²) Per il Portogallo, indicare anche la parrocchia e il comune.
- (³) Se il modulo è destinato ad un'istituzione ceca, indicare il numero di nascita; se destinato a un'istituzione cipriota, il numero cipriota di identificazione per un cittadino cipriota o il numero di certificato di registrazione stranieri (ARC) per un cittadino straniero; per un'istituzione danese, indicare il numero CPR; per un'istituzione finlandese, indicare il numero di registro demografico; per un'istituzione svedese indicare il numero personale (personnummer); per un'istituzione islandese, indicare il numero di identificazione personale (kennitala); per un'istituzione del Liechtenstein, indicare il numero di assicurazione AHV; per un'istituzione lituana indicare il numero di identificazione personale; per un'istituzione lettone indicare il numero di identità; per un'istituzione ungherese, indicare il numero TAJ (identificazione assicurazione sociale); per un'istituzione maltese, indicare il numero di carta d'identità per un cittadino maltese oppure il numero di sicurezza sociale maltese per un cittadino non maltese; per un'istituzione norvegese, indicare il numero di identificazione personale (fødselsnummer); per un'istituzione belga, indicare il numero nazionale di sicurezza sociale (NISS); per un'istituzione tedesca del regime generale assicurazione pensionistica, indicare il numero di assicurazione (VSNR); per un'istituzione spagnola, indicare il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (DNI) o N.I.E nel caso di cittadini stranieri, anche se la carta non è più valida; per un'istituzione polacca, indicare i numeri PESEL e NIP; per un'istituzione portoghese, indicare inoltre il numero di registrazione nel regime generale pensionistico, ove la persona interessata sia stata assicurata nel quadro del regime di sicurezza sociale per i dipendenti pubblici in Portogallo; per un'istituzione slovacca, indicare il numero di nascita; per un'istituzione slovena, indicare il numero di identificazione personale (EMŠO) e il numero fiscale; per un'istituzione svizzera, indicare il numero di assicurazione AVS/AI (AHV/IV); per un'istituzione italiana indicare il codice fiscale.
- (⁴) Via, numero, codice postale, località, Stato.
- (⁵) Per le istituzioni francesi deve essere compilato il modulo E 403 Allegato, se si tratta di una persona che segue un corso pratico di formazione professionale.
- (⁶) Per le istituzioni tedesche indicare unicamente l'importo netto dell'indennità d'istruzione.
- (⁷) Precisare, se del caso, le «altre prestazioni» nel seguente riquadro.

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

- (⁸) Questa rubrica deve essere compilata: in Irlanda dalla «Child Benefit Section, Department of Social and Family Affairs, St. Oliver Plunkett Road, Letterkenney, Co. Donegal», nel caso di apprendisti che non sono controllati dall'Industrial training authority (FAS); in Italia, dall'«Ufficio provinciale del lavoro e della massima occupazione»; in Slovenia dalla «Chamber of Crafts» di Slovenia.
- (⁹) In forza della legislazione francese si fa qui riferimento alle azioni di preformazione e preparazione alla vita professionale, intese a consentire a coloro che siano sprovvisti di qualifiche professionali e contratto di lavoro di conseguire il livello necessario per frequentare un corso di formazione professionale vero e proprio o per accedere direttamente alla vita professionale.
- (¹⁰) Indicare l'importo ricevuto nella valuta dello Stato membro nel territorio del quale è seguita la formazione professionale.
- (¹¹) Compilare ove un tale organismo esista nello Stato membro nel territorio del quale è seguita la formazione professionale.

Da compilarsi qualora la domanda di prestazioni familiari debba essere presentata ad un'istituzione francese e sia relativa ad un tirocinante in formazione pratica professionale

1.	Informazioni relative alla formazione professionale ⁽⁹⁾
1.1.	La persona di cui al punto 2 del modulo «E 403 Allegato» ☐ frequenta un corso di formazione professionale a decorrere dal ☐ ha frequentato un corso di formazione professionale dal al
1.2.	La persona interessata è in possesso di un contratto di lavoro per tale formazione? ☐ sì ☐ no
1.3.	Natura della formazione fornita:
1.4.	Durata complessiva della formazione: (mesi, settimane)
1.5.	Numero di ore di formazione: — parte teorica ☐ settimanali ☐ mensili — formazione pratica ☐ settimanali ☐ mensili
1.6.	Riceve la persona interessata un salario durante la formazione? ☐ sì ☐ no In caso affermativo, si prega di specificarne la natura: Importo netto mensile ⁽¹⁰⁾ :
1.7.	Luogo in cui la formazione è impartita:
1.8.	Nome della persona, dell'impresa o dell'istituzione incaricata della formazione professionale
1.9.	Indirizzo ⁽⁴⁾
1.10.	Timbro
1.11.	Data
1.12.	Firma

2.	Visto dell'organismo incaricato del controllo della formazione professionale ⁽¹¹⁾
2.1.	Denominazione
2.2.	Indirizzo ⁽⁴⁾
2.3.	Timbro
2.4.	Data
2.5.	Firma



CERTIFICATO MEDICO PER LA CONCESSIONE DELLE PRESTAZIONI FAMILIARI

Reg. 1408/71: art. 73; art. 74; art. 77; art. 78
Reg. 574/72: art. 86; art. 88; art. 90; art. 91; art. 92

A. Richiesta di certificato

Da compilarsi a cura dell'istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari

1.	Persona che fa richiesta di prestazioni familiari			
	☐ Lavoratore subordinato	☐ Titolare di pensione o di rendita (regime lavoratori subordinati)		
	☐ Lavoratore autonomo	☐ Titolare di pensione o di rendita (regime lavoratori autonomi)		
	☐ Persone diverse da quelle summenzionate	☐ Orfano		
1.1. Cognome ^(1 bis)				
1.2. Nomi Cognomi precedenti ^(1 bis) Luogo di nascita ⁽²⁾				
1.3. Data di nascita Sesso Nazionalità Numero d'identificazione/assicurazione ⁽³⁾				
1.4. Indirizzo ⁽⁴⁾				
.....				
2.	Persona cui si riferisce il certificato medico			
2.1. Cognome ^(1 bis)				
2.2. Nomi Cognomi precedenti ^(1 bis)				
2.3. Luogo di nascita ⁽²⁾ Data di nascita Sesso Numero di identificazione/assicurazione ⁽³⁾				
2.4. Indirizzo ⁽⁴⁾				
.....				
3.	Istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari			
3.1. Denominazione				
3.2. Indirizzo ⁽⁴⁾				
.....				
3.3. Numero di riferimento della pratica				
3.4. Timbro		3.5. Data		
		3.6. Firma		
				

B. Certificato

Da compilarsi a cura del medico incaricato dall'organismo di collegamento ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾ del paese di residenza della persona esaminata ed inviato all'istituzione di cui al punto 3.

4.

- 4.1. a) Le facoltà fisiche o mentali della persona esaminata ☐ sono diminuite ☐ non sono diminuite
In caso affermativo, si indichi la percentuale della diminuzione: %
- b) La persona esaminata ☐ è in grado di provvedere al proprio mantenimento
☐ non è in grado di provvedere al proprio mantenimento né di continuare la propria formazione professionale con lo studio a motivo di disabilità fisica o mentale
- c) La persona esaminata ☐ è ☐ non è casalinga
In caso affermativo: ☐ è ☐ non è in grado di occuparsi delle faccende domestiche
- d) Osservazioni:
.....
.....
- e) Descrizione dello stato della persona esaminata:
.....
.....
- 4.2. Data d'inizio della disabilità o malattia (si richiede la massima precisione)
.....
- 4.3. Durata probabile:
- 4.4. a) Una nuova visita medica ☐ è necessaria ☐ non è necessaria
b) In caso affermativo, data della visita:

5.

- 5.1. Cognome e nome del medico:
- 5.2. Indirizzo ⁽⁴⁾
.....
- 5.3. Data
.....
- 5.4. Firma
.....

ISTRUZIONI

Si prega di compilare il modulo in stampatello, scrivendo solo sulle linee tratteggiate. Esso è costituito da tre pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata, anche qualora non contenga alcuna indicazione. Il modulo deve essere compilato nella lingua del medico che rilascia il certificato.

NOTE

- (¹) Sigla del paese in cui è situata l'istituzione che compila il modulo: BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipro; LV = Lettonia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; HU = Ungheria; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portogallo; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; FI = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.
- (^{1 bis}) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi alla nascita. Per i cittadini portoghesi indicare tutte le generalità (nomi, cognomi, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto. Per l'Italia indicare il cognome da nubile.
- (²) Per il Portogallo, indicare anche la parrocchia e il comune.
- (³) Se il modulo è destinato a un'istituzione ceca, indicare il numero di nascita; se destinato a un'istituzione cipriota, il numero cipriota di identificazione per un cittadino cipriota o il numero di certificato di registrazione stranieri (ARC) per un cittadino straniero; per un'istituzione danese, indicare il numero CPR; per un'istituzione finlandese, indicare il numero di registro demografico; per un'istituzione svedese, indicare il numero personale (personnummer); per un'istituzione islandese, indicare il numero di identificazione personale (kennitala); per un'istituzione del Liechtenstein, indicare il numero di assicurazione AHV; per un'istituzione lituana indicare il numero di identificazione personale; per un'istituzione lettone indicare il numero di identità; per un'istituzione ungherese, indicare il numero TAJ (identificazione assicurazione sociale); per un'istituzione maltese, indicare il numero di carta d'identità per un cittadino maltese oppure il numero di sicurezza sociale maltese per un cittadino non maltese; per un'istituzione norvegese, indicare il numero di identificazione personale (fødselsnummer); per un'istituzione belga, indicare il numero nazionale di sicurezza sociale (NISS); per un'istituzione tedesca del regime generale assicurazione pensionistica, indicare il numero di assicurazione (VSNR); per un'istituzione spagnola, indicare il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (DNI) o N.I.E nel caso di cittadini stranieri, anche se la carta non è più valida; per un'istituzione polacca, indicare i numeri PESEL e NIP; per un'istituzione portoghese, indicare inoltre il numero di registrazione nel regime generale pensionistico, ove la persona interessata sia stata assicurata nel quadro del regime di sicurezza sociale per i dipendenti pubblici in Portogallo; per un'istituzione slovacca, indicare il numero di nascita; per un'istituzione slovena, indicare il numero di identificazione personale (EMŠO) e il numero fiscale; per un'istituzione svizzera, indicare il numero di assicurazione AVS/AI (AHV/IV); per un'istituzione italiana indicare il codice fiscale.
- (⁴) Via, numero, codice postale, località, Stato.
- (⁵) Oppure dal medico della Cassa designata dall'organismo di collegamento.
- (⁶) In Slovenia si tratta del medico di propria scelta.

**CERTIFICATO MEDICO PER LA CONCESSIONE DELLE PRESTAZIONI FAMILIARI CONFORMEMENTE ALLA LEGISLAZIONE
POLACCA**

Reg. 1408/71: art. 73; art. 74; art. 77; art. 78
Reg. 574/72: art. 86; art. 88; art. 90; art. 91; art. 92

Da utilizzare per la concessione di prestazioni familiari a seconda della salute dei familiari, in conformità della legislazione polacca

A. Richiesta di certificato

Da compilarsi a cura dell'istituzione polacca competente per la concessione delle prestazioni familiari

1.	Persona che fa richiesta di prestazioni familiari			
	☐ Lavoratore subordinato	☐ Titolare di pensione o di rendita (regime lavoratori subordinati)		
	☐ Lavoratore autonomo	☐ Titolare di pensione o di rendita (regime lavoratori autonomi)		
	☐ Persone diverse da quelle summenzionate	☐ Orfano		
1.1. Cognome ⁽¹⁾				
1.2. Nomi Cognomi precedenti ⁽¹⁾ Luogo di nascita ⁽²⁾				
1.3. Data di nascita Sesso Nazionalità Numeri PESEL e NIP				
1.4. Indirizzo ⁽³⁾				

2.	Persona cui si riferisce il certificato medico			
2.1. Cognome ⁽¹⁾				
2.2. Nomi Cognomi precedenti ⁽¹⁾				
2.3. Luogo di nascita ⁽²⁾ Data di nascita Sesso				
2.4. Indirizzo ⁽³⁾				

3.	Istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari			
3.1. Denominazione				
3.2. Indirizzo ⁽³⁾				
3.3. Numero di riferimento della pratica				
3.4. Timbro				
3.5. Data				
3.6. Firma				

B. Certificato

Da compilarsi a cura del medico incaricato dall'organismo di collegamento ⁽⁴⁾ del paese di residenza della persona esaminata ed inviato all'istituzione di cui al punto 3. A seconda dell'età della persona cui si riferisce il certificato va compilata la parte I oppure la parte II. A seconda dello stato di salute delle persone di età superiore a 16 anni, va compilata la parte IIa o la parte IIb.

I. Per persone di età inferiore a 16 anni

4.	Invalidità
4.1. Età del figlio il giorno dell'esame medico: anni mesi Peso del figlio altezza	
4.2. La durata probabile della disabilità fisica o mentale dovuta ad una malformazione congenita, a una malattia di lunga durata o a una lesione fisica supera dodici mesi ☐ Sì ☐ No	
4.3. L'interessato richiede un'assistenza o cure permanenti per soddisfare adeguatamente i fabbisogni vitali fondamentali per una persona di tale età ☐ Sì ☐ No	

II. Per persone di età superiore a 16 anni**a. Livello elevato di invalidità (a motivo di una disabilità fisica)**

4.4. Capacità di lavoro limitata:	
a) l'interessato è incapace di lavorare	☐ Sì ☐ No
b) l'interessato è in grado di lavorare unicamente in un ambiente di lavoro protetto	☐ Sì ☐ No
4.5. Per svolgere il suo ruolo sociale, l'interessato richiede:	
a) un'assistenza e cure permanenti di terzi	☐ Sì ☐ No
b) un'assistenza e cure a lungo termine di terzi	☐ Sì ☐ No
4.6. L'interessato non è in grado di vivere in modo autonomo	☐ Sì ☐ No

b. Livello medio di invalidità (a motivo di una disabilità fisica)

4.7. Capacità di lavoro limitata:	
a) l'interessato è incapace di lavorare	☐ Sì ☐ No
b) l'interessato è in grado di lavorare unicamente in un ambiente di lavoro protetto	☐ Sì ☐ No
4.8. Per svolgere il suo ruolo sociale, l'interessato richiede:	
a) un'assistenza e cure temporanee di terzi	☐ Sì ☐ No
b) un'assistenza e cure parziali di terzi	☐ Sì ☐ No
4.9. Periodo durante il quale è emersa l'invalidità: prima dei 16 anni	☐ Sì ☐ No

5.

5.1. Cognome e nome del medico	;
5.2. Indirizzo ⁽³⁾	
5.3. Timbro	
5.4. Data	
5.5. Firma	

ISTRUZIONI

Si prega di compilare il modulo in stampatello, scrivendo solo sulle linee tratteggiate. Per altri punti si prega di contrassegnare la risposta adeguata (Sì o NO). Il modulo deve essere compilato nella lingua del medico che ha rilasciato il certificato

NOTE

- (¹) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi. Per i cittadini portoghesi indicare tutte le generalità (nomi, cognomi, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto. Per l'Italia indicare il cognome da nubile.
- (²) Per il Portogallo, indicare anche la parrocchia e il comune.
- (³) Via, numero, codice postale, località, Stato.
- (⁴) Oppure del medico della Cassa designata dall'organismo di collegamento.

INFORMAZIONI

Conformemente alla legislazione polacca, le persone al di sotto di 16 anni sono considerate come persone invalide in caso di disabilità fisica o mentale dovuta ad una malformazione congenita, ad una malattia di lunga durata o ad una lesione fisica e la cui durata è stimata ad oltre dodici mesi; esse richiedono inoltre assistenza e cure permanenti per soddisfare in modo adeguato i fabbisogni vitali fondamentali di una persona della loro età.

Se si è risposto «Sì» ai punti 4.2 e 4.3, l'interessato sarà considerato come una persona invalida in conformità della legislazione polacca.

Conformemente a quest'ultima, le persone che soffrono di una disabilità fisica o mentale possono appartenere ad una delle tre categorie di invalidità seguenti: invalidità di livello elevato, di livello medio e di livello lieve.

- Una persona che soffre di invalidità di livello elevato è una persona con una disabilità fisica incapace di lavorare oppure in grado di lavorare unicamente in un ambiente di lavoro protetto, non è in grado di vivere in modo indipendente e richiede assistenza e cure permanenti o a lungo termine di terzi per poter svolgere il proprio ruolo sociale.
- Una persona che soffre di invalidità di livello medio è una persona con una disabilità fisica, incapace di lavorare o in grado di lavorare unicamente in un ambiente di lavoro protetto e che richiede assistenza e cure temporanee o parziali di terzi per poter svolgere il proprio ruolo sociale.

Se si è risposto «Sì» ai punti seguenti: 4.4a, 4.5a, 4.6 o 4.4a, 4.5b, 4.6 o 4.4b, 4.5a, 4.6 o 4.4b, 4.5b, 4.6, l'interessato presenta un'invalidità di livello elevato; 4.7a o 4.7b o 4.8a o 4.8b, l'interessato presenta un'invalidità di livello medio.

CERTIFICATO RELATIVO ALLA TOTALIZZAZIONE DEI PERIODI DI ASSICURAZIONE, DI OCCUPAZIONE O DI LAVORO AUTONOMO OPPURE RELATIVO AI CASI DI LAVORO SUCCESSIVO IN PIÙ STATI MEMBRI, FRA LE DATE DI PAGAMENTO PREVISTE DALLA LEGISLAZIONE DI TALI STATI

Reg. 1408/71: art. 12; art. 72
Reg. 574/72: art. 80; art. 85,2; art. 3

Il presente modulo è rilasciato su richiesta dell'assicurato. L'istituzione competente, se del caso, si rivolge per ottenerlo all'istituzione presso la quale l'assicurato era iscritto da ultimo.

A. Da compilarsi a cura dell'istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari

1.	☐ Lavoratore subordinato ☐ Lavoratore autonomo ☐ Disoccupato		
1.1.	Cognome ^(1bis)		
1.2.	Nomi	Cognomi precedenti ^(1bis)	Luogo di nascita ⁽²⁾
1.3.	Data di nascita	Sesso	Nazionalità
			Numero d'identificazione/assicurazione ⁽³⁾
1.4.	Stato civile	☐ celibe/nubile ☐ coniugato/a ☐ vedovo/a	
		☐ divorziato/a ☐ separato/a ☐ convivente ⁽⁴⁾ ⁽⁵⁾	
1.5.	Indirizzo ⁽⁶⁾		

2.	Persona che dovrebbe ricevere le prestazioni familiari		
2.1.	Cognome ^(1bis)		
2.2.	Nomi	Cognomi precedenti ^(1bis)	Luogo di nascita ⁽²⁾
2.3.	Data di nascita:	Sesso	Nazionalità
			Numero di identificazione/assicurazione ⁽³⁾
2.4.	Indirizzo ⁽⁶⁾		

3.	Periodo per il quale sono richieste le informazioni	
3.1.	Da a	
3.2.	Nome e indirizzo del datore di lavoro ⁽⁷⁾	
3.3.	Tipo di lavoro autonomo ⁽⁷⁾	

4.	Istituzione cui era iscritto l'assicurato in precedenza per un lavoro subordinato o autonomo	
4.1.	Denominazione	
4.2.	Indirizzo ⁽⁶⁾	

5.	Istituzione del luogo di residenza dei familiari	
5.1.	Denominazione	
5.2.	Indirizzo ⁽⁶⁾	

6. Istituzione cui l'assicurato è iscritto attualmente

6.1. Denominazione

6.2. Indirizzo ⁽⁶⁾
.....

6.3. Numero di riferimento della pratica
.....

6.4. Timbro

6.5. Data
.....

6.6. Firma
.....

B. Dovrà essere compilato dall'istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari alla quale l'assicurato era iscritto in precedenza

7.

7.1. Si certifica che la persona di cui al punto 1
è stato/a assicurato/a dal al ⁽⁸⁾

7.2. In ⁽⁹⁾

7.3. ☐ Ha diritto ☐ Non ha diritto a prestazioni familiari

7.4. Gli sono state corrisposte prestazioni familiari dal al

7.5. Familiari per i quali sono state corrisposte prestazioni familiari

7.5.1. Cognome	Nomi	Data di nascita	Importo mensile
.....			
.....			
.....			
.....			

7.5.2. Vi è stato adeguamento di importi?
.....

8. Istituzione cui era iscritto in precedenza l'assicurato, in quanto lavoratore subordinato o autonomo

8.1. Denominazione

8.2. Indirizzo ⁽⁶⁾
.....

8.3. Timbro

8.4. Data
.....

8.5. Firma
.....

9. Osservazioni:
.....

ISTRUZIONI

Si prega di compilare il modulo in stampatello, scrivendo solo sulle linee tratteggiate. Esso è costituito da tre pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata, anche qualora non contenga alcuna indicazione.

NOTE

- (¹) Sigla del paese in cui è situata l'istituzione che compila il modulo: BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipro; LV = Lettonia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; HU = Ungheria; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portogallo; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; FI = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.
- (^{1bis}) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare le generalità complete (nomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto. Per l'Italia indicare il cognome da nubile.
- (²) Per il Portogallo, indicare anche la parrocchia e il comune.
- (³) Se il modulo è destinato a un'istituzione ceca, indicare il numero di nascita; se destinato a un'istituzione cipriota, il numero cipriota di identificazione per un cittadino cipriota o il numero di certificato di registrazione stranieri (ARC) per un cittadino straniero; per un'istituzione danese, indicare il numero CPR; per un'istituzione finlandese, indicare il numero di registro demografico; per un'istituzione svedese indicare il numero personale (personnummer); per un'istituzione islandese, indicare il numero di identificazione personale (kennitala); per un'istituzione del Liechtenstein, indicare il numero di assicurazione AHV; per un'istituzione lituana indicare il numero di identificazione personale; per un'istituzione lettone indicare il numero di identità; per un'istituzione ungherese, indicare il numero TAJ (identificazione assicurazione sociale); per un'istituzione maltese, indicare il numero di carta d'identità per un cittadino maltese oppure il numero di sicurezza sociale maltese per un cittadino non maltese; per un'istituzione norvegese, indicare il numero di identificazione personale (fødselsnummer); per un'istituzione belga, indicare il numero nazionale di sicurezza sociale (NISS); per un'istituzione tedesca del regime generale assicurazione pensionistica, indicare il numero di assicurazione (VSNR); per un'istituzione spagnola, indicare il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (DNI) o N.I.E nel caso di cittadini stranieri, anche se la carta non è più valida; per un'istituzione polacca, indicare i numeri PESEL e NIP; per un'istituzione portoghese, indicare inoltre il numero di registrazione nel regime generale pensionistico, ove la persona interessata sia stata assicurata nel quadro del regime di sicurezza sociale per i dipendenti pubblici in Portogallo; per un'istituzione slovacca, indicare il numero di nascita; per un'istituzione slovena, indicare il numero di identificazione personale (EMŠO) e il numero fiscale; per un'istituzione svizzera, indicare il numero di assicurazione AVS/AI (AHV/IV); per un'istituzione italiana indicare il codice fiscale.
- (⁴) Per le istituzioni della Repubblica ceca, della Danimarca, dell'Islanda e della Norvegia.
- (⁵) Questa informazione si basa su una dichiarazione della persona interessata.
- (⁶) Via, numero, codice postale, località, Stato.
- (⁷) Per il periodo che precede la data in cui il lavoratore si è trasferito nello Stato membro alla legislazione del quale è attualmente soggetto.
- (⁸) a) Per le istituzioni greche, indicare il numero di giornate di lavoro maturate nell'anno che precede l'anno in cui sono chieste le prestazioni familiari.
b) Per le istituzioni belghe, indicare qui appresso il numero di giornate di lavoro subordinato e autonomo:

numero di giorni come lavoratore subordinato:
numero di giorni come lavoratore autonomo:

- c) Ad uso delle istituzioni francesi si indichino nella seguente rubrica il numero di giorni e ore di lavoro subordinato, nonché la retribuzione lorda:

	Numero di giorni di lavoro subordinato	Numero di ore di lavoro subordinato	Reddito lavorativo lordo
Reddito lavorativo mese			
Negli ultimi tre mesi			
Negli ultimi sei mesi			

- (⁹) Stato in cui l'attività in questione è stata esercitata.

CERTIFICATO RELATIVO ALLA PERSONA IN CONGEDO PARENTALE AI FINI DELLA CONCESSIONE DI PRESTAZIONI FAMILIARI

Reg. 1408/71: art. 12; art. 72; art. 73
Reg. 574/72: art. 10a; art. 85; art. 86

Da utilizzarsi ai fini della concessione di prestazioni familiari conformemente alla legislazione polacca

A. Richiesta di certificato

1.	Persona che fa richiesta di prestazioni familiari ☐ Lavoratore subordinato			
1.1.	Cognome ⁽¹⁾			
1.2.	Nomi	Cognomi precedenti ⁽¹⁾	Luogo di nascita ⁽²⁾	
1.3.	Data di nascita	Sesso	Nazionalità	Numero PESEL e NIP
1.4.	Stato civile	☐ celibe/nubile ☐ divorziato/a	☐ coniugato/a ☐ separato/a	☐ vedovo/a ☐ convivente ⁽³⁾ ⁽⁴⁾
1.5.	Indirizzo ⁽⁵⁾			

2.	Persona cui si riferisce il certificato			
2.1.	Cognome ⁽¹⁾			
2.2.	Nomi	Cognomi precedenti ⁽¹⁾	Luogo di nascita ⁽²⁾	
2.3.	Data di nascita	Sesso	Nazionalità	Numero PESEL e NIP
2.4.	Indirizzo ⁽⁵⁾			
2.5.	Periodo cui si riferisce la richiesta		dal	al

3.	Istituzione competente per la concessione di prestazioni familiari			
3.1.	Denominazione			
3.2.	Indirizzo ⁽⁵⁾			
3.3.	Numero di riferimento della pratica			
3.4.	Timbro		3.5.	Data
			3.6.	Firma

B. Certificato

Da compilarsi a cura dell'istituzione competente per la concessione di prestazioni familiari alla quale la persona era iscritta in precedenza.

4.	Si certifica che la persona di cui alla rubrica 2		
4.1.	È stato un lavoratore subordinato nel periodo dal al ⁽⁶⁾ in ⁽⁷⁾		
5.	La persona di cui alla rubrica 2		
5.1.	È attualmente un lavoratore subordinato o esercita un'altra attività professionale retribuita	☐ Sì	☐ No
5.2.	È attualmente in congedo parentale ⁽⁸⁾	☐ Sì	☐ No
6.	Istituzione presso la quale era iscritta in precedenza la persona di cui alla rubrica 2, in quanto lavoratore subordinato		
6.1.	Denominazione		
6.2.	Indirizzo ⁽⁵⁾		
6.3.	Timbro	6.4.	Data
		6.5.	Firma

ISTRUZIONI

Il modulo deve essere compilato in stampatello, scrivendo solo sulle linee tratteggiate. Esso è costituito da due pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata, anche qualora non contenga alcuna indicazione.

NOTE

- ⁽¹⁾ Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi. Per i cittadini portoghesi indicare tutte le generalità (nomi, cognomi, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto. Per l'Italia indicare il cognome da nubile.
- ⁽²⁾ Per il Portogallo, indicare anche la parrocchia e il comune.
- ⁽³⁾ Per le istituzioni dei paesi Bassi, dell'Islanda, della Norvegia e della Polonia.
- ⁽⁴⁾ Questa informazione è basata su una dichiarazione della persona interessata.
- ⁽⁵⁾ Via, numero, codice postale, località, Stato.
- ⁽⁶⁾ Si prega di indicare le date esatte (giorno/mese/anno).
- ⁽⁷⁾ Paese in cui l'attività è stata esercitata.
- ⁽⁸⁾ Si riferisce alle prestazioni concesse per un figlio ove uno dei genitori sia in congedo parentale.



CERTIFICATO DI VISITE MEDICHE POSTNATALI

Reg. 1408/71: art. 73

Reg. 574/72: art. 86

Informazioni relative all'assicurato

Per aver diritto alle prestazioni familiari francesi, in virtù degli artt. 73 o 74, il figlio deve essere sottoposto a visite mediche postnatali obbligatorie, la prima durante il 9° o il 10° mese di età, la seconda durante il 24° o il 25° mese di età. La trasgressione di tale obbligo e il mancato rispetto dei termini comportano la perdita parziale del diritto alle prestazioni. Per aver diritto all'indennità parentale conformemente alla legislazione slovacca, il figlio deve essere ufficialmente iscritto come paziente presso un medico e deve essere sottoposto regolarmente ad esami medici preventivi, nonché sottoporsi ai vaccini previsti nell'ambito del regime di vaccinazione obbligatoria.

A. Richiesta di certificato

1.	☐ Lavoratore subordinato ☐ Lavoratore autonomo		
1.1.	Cognome (^{1 bis})		
1.2.	Nomi	Cognomi precedenti (^{1 bis})	Luogo di nascita (^{1 ter})
1.3.	Data di nascita	Sesso	Nazionalità
	Numero d'identificazione/assicurazione (^{1 quater})		
1.4.	Indirizzo (²)		

2.	Figlio/a cui si riferisce il certificato			
2.1.	Cognome (^{1 bis})			
2.2.	Nomi			
2.3.	Luogo di nascita (^{1 ter})	Data di nascita	Sesso	Numero di identificazione/assicurazione (^{1 quater})
2.4.	Indirizzo (²)			

3.	Istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari			
3.1.	Denominazione			
3.2.	Indirizzo (²)			
3.3.	Numero di riferimento della pratica			
3.4.	Timbro		3.5. Data	
			3.6. Firma	

B. Certificato

Da compilarsi a cura del medico del/la figlio/a o dal medico scelto dalla persona cui il/la figlio/a è affidato/a

4.

4.1. Il/la figlio/a di cui al punto 2 è stato/a sottoposto/a in data:

4.2. ☐ a visita medica, durante il 9° o il 10° mese di vita

4.3. ☐ a visita medica, durante il 24° o 25° mese di vita

5.

5.1. Cognome e nome del medico

5.2. Indirizzo ⁽²⁾

5.3. Data

5.4. Firma

ISTRUZIONI

Si prega di compilare il modulo in stampatello, scrivendo solo sulle linee tratteggiate.

NOTE

⁽¹⁾ Simbolo del paese alla cui legislazione è soggetto il lavoratore: FR = Francia, SK = Slovacchia.

^(1 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi alla nascita.
Per i cittadini portoghesi, indicare le generalità complete (nomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto. Per l'Italia indicare il cognome da nubile.

^(1 ter) Per il Portogallo, indicare anche la parrocchia e il comune.

^(1 quater) Se il modulo è destinato a un'istituzione ceca, indicare il numero di nascita; se destinato a un'istituzione cipriota, il numero cipriota di identificazione per un cittadino cipriota o il numero di certificato di registrazione stranieri (ARC) per un cittadino straniero; per un'istituzione danese, indicare il numero CPR; per un'istituzione finlandese, indicare il numero di registro demografico; per un'istituzione svedese indicare il numero personale (personnummer); per un'istituzione islandese, indicare il numero di identificazione personale (kennitala); per un'istituzione del Liechtenstein, indicare il numero di assicurazione AHV; per un'istituzione lituana indicare il numero di identificazione personale; per un'istituzione lettone indicare il numero di identità; per un'istituzione ungherese, indicare il numero TAJ (identificazione assicurazione sociale); per un'istituzione maltese, indicare il numero di carta d'identità per un cittadino maltese oppure il numero di sicurezza sociale maltese per un cittadino non maltese; per un'istituzione norvegese, indicare il numero di identificazione personale (fødselsnummer); per un'istituzione belga, indicare il numero nazionale di sicurezza sociale (NISS); per un'istituzione tedesca del regime generale assicurazione pensionistica, indicare il numero di assicurazione (VSNR); per un'istituzione spagnola, indicare il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (DNI) o N.I.E nel caso di cittadini stranieri, anche se la carta non è più valida; per un'istituzione polacca, indicare i numeri PESEL e NIP; per un'istituzione portoghese, indicare inoltre il numero di registrazione nel regime generale pensionistico, ove la persona interessata sia stata assicurata nel quadro del regime di sicurezza sociale per i dipendenti pubblici in Portogallo; per un'istituzione slovacca, indicare il numero di nascita; per un'istituzione slovena, indicare il numero di identificazione personale (EMŠO) e il numero fiscale; per un'istituzione svizzera, indicare il numero di assicurazione AVS/AI (AHV/IV); per un'istituzione italiana indicare il codice fiscale.

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



**CERTIFICATO MEDICO PER LA CONCESSIONE DI ASSEGNI FAMILIARI SPECIALI O DI ASSEGNI FAMILIARI
MAGGIORATI PER FIGLI DISABILI**

Reg. 1408/71: art. 73; art. 74
Reg. 574/72: art. 86; art. 88

A. Richiesta di certificato

Da compilarsi a cura dell'istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari

1.	☐ Lavoratore subordinato ☐ Lavoratore autonomo		
1.1.	Cognome (^{1 bis})		
1.2.	Nomi	Cognomi precedenti (^{1 bis})	Luogo di nascita (^{1 ter})
1.3.	Data di nascita	Sesso	Nazionalità
			Numero d'identificazione/assicurazione (^{1 quater})
1.4.	Indirizzo (²)		
			

2.	Figlio/a cui si riferisce il certificato			
2.1.	Cognome (^{1 bis})			
2.2.	Nomi			
2.3.	Luogo di nascita (^{1 ter})	Data di nascita	Sesso	Numero di identificazione/assicurazione (^{1 quater})
2.4.	Indirizzo (²)			
				

3.	Istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari			
3.1.	Denominazione			
3.2.	Indirizzo (²)			
				
3.3.	Numero di riferimento della pratica			
3.4.	Timbro	3.5.	Data	
		3.6.	Firma	

B. Certificato

Da compilarsi da parte del medico designato dall'istituzione del luogo di residenza del/la figlio/a e inviato all'istituzione indicata al punto 3, corredato della necessaria documentazione medica (fotografie, radiografie, referti medici, ecc.) ⁽⁴⁾

4.

4.1. Et  dell'esaminato/a al momento della visita: anni mesi
Peso: chilogrammi grammi statura: centimetri

4.2. Ritardo psicomotorio
Ritardo rispetto alla norma fisiologica: ☐ S  ☐ No
In caso affermativo, di che tipo:

4.3. Autonomia
Il figlio   in grado
di sedersi senza aiuto? ☐ S  ☐ No Di camminare? ☐ S  ☐ No
Di parlare? ☐ S  ☐ No Di vestirsi da solo? ☐ S  ☐ No
Di mangiare da solo? ☐ S  ☐ No Di scrivere? ☐ S  ☐ No ⁽³⁾
 ☐ S  ☐ No   incontinente? ☐ S  ☐ No ⁽³⁾

4.4. Assistenza
Lo stato del figlio richiede l'assistenza di terzi? ☐ S  ☐ No
Costante? ☐ S  ☐ No Quotidiana ma discontinua? ☐ S  ☐ No
O altri interventi (da precisare):

4.5. Natura della disabilit  principale
La disabilit  del figlio   di natura
sensoriale: visiva
 auditiva
motoria:
psichica: livello mentale
 comportamento
Di altro genere:

4.6. Origine della disabilit  ⁽³⁾
— anomalia congenita ☐ S  ☐ No
— malattia ☐ S  ☐ No
data di inizio della disabilit :
data della diagnosi: mese: anno:
inizio del trattamento: mese: anno:
— incidente ☐ S  ☐ No
data dell'incidente:

4.7. Disabilit  associate
Quali?
Altre deficienze:

4.8. Osservazioni complementari
Disabilit  nella famiglia:
Esami complementari gi  effettuati:
(Si allegchino, se del caso, le copie del referto)

4.9. Trattamenti, compresa rieducazione e riabilitazione. Quale trattamento è in atto?

.....
 A decorrere da quale data?

Quali trattamenti sono consigliati?

— Chirurgia:

— Ricoveri (ultimi tre anni):

— Trattamento a domicilio (medicine): A partire da quale data/...../.....

..... A partire da quale data/...../.....

..... A partire da quale data/...../.....

— Rieducazione:	Inizio	Frequenza	Dove?
logopedia			
fisioterapia			
ergoterapia			
(psico) terapia			
primi aiuti a domicilio			

4.10. Misure di istruzione e di formazione

Quali misure vengono attualmente fornite?

A decorrere da quale data?

Quali sono le misure di istruzione e di formazione consigliate?

4.11. Prognosi

Specificare:

4.12. Codice ICD (International Classification of Diseases — Classificazione internazionale delle malattie dell'OMS)

4.13. Inizio della malattia

4.14. Data del prossimo controllo

5.

5.1. Cognome e nome del medico

5.2. Indirizzo (²)

.....

5.3. Data

.....

5.4. Firma

.....

ISTRUZIONI

Si prega di compilare il modulo in stampatello, scrivendo solo sulle linee tratteggiate. Esso è costituito da quattro pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata, anche qualora non contenga alcuna indicazione. Il modulo deve essere compilato nella lingua del medico che rilascia il certificato.

NOTE

- (¹) Sigla del paese alla cui legislazione è soggetto il lavoratore: BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipro; LV = Lettonia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; HU = Ungheria; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portogallo; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; FI = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.
- (^{1 bis}) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi. Per i cittadini portoghesi, indicare le generalità complete (nomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto. Per l'Italia indicare il cognome da nubile.
- (^{1 ter}) Per il Portogallo, indicare anche la parrocchia e il comune.
- (^{1 quater}) Se il modulo è destinato a un'istituzione ceca, indicare il numero di nascita; se destinato a un'istituzione cipriota, il numero cipriota di identificazione per un cittadino cipriota o il numero di certificato di registrazione stranieri (ARC) per un cittadino straniero; per un'istituzione danese, indicare il numero CPR; per un'istituzione finlandese, indicare il numero di registro demografico; per un'istituzione svedese indicare il numero personale (personnummer); per un'istituzione islandese, indicare il numero di identificazione personale (kennitala); per un'istituzione del Liechtenstein, indicare il numero di assicurazione AHV; per un'istituzione lituana indicare il numero di identificazione personale; per un'istituzione lettone indicare il numero di identità; per un'istituzione ungherese, indicare il numero TAJ (identificazione assicurazione sociale); per un'istituzione maltese, indicare il numero di carta d'identità per un cittadino maltese oppure il numero di sicurezza sociale maltese per un cittadino non maltese; per un'istituzione norvegese, indicare il numero di identificazione personale (fødselsnummer); per un'istituzione belga, indicare il numero nazionale di sicurezza sociale (NISS); per un'istituzione tedesca del regime generale assicurazione pensionistica, indicare il numero di assicurazione (VSNR); per un'istituzione spagnola, indicare il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (DNI) o N.I.E nel caso di cittadini stranieri, anche se la carta non è più valida; per un'istituzione polacca, indicare i numeri PESEL e NIP; per un'istituzione portoghese, indicare inoltre il numero di registrazione nel regime generale pensionistico, ove la persona interessata sia stata assicurata nel quadro del regime di sicurezza sociale per i dipendenti pubblici in Portogallo; per un'istituzione slovacca, indicare il numero di nascita; per un'istituzione slovena, indicare il numero di identificazione personale (EMŠO) e il numero fiscale; per un'istituzione svizzera, indicare il numero di assicurazione AVS/AI (AHV/IV). Se manca, indicare «nulla». Per un'istituzione italiana indicare il codice fiscale.
- (²) Via, numero, codice postale, località, Stato.
- (³) Da compilare unicamente se l'istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari è belga o slovacca.
- (⁴) In Slovenia, si tratta di una commissione medica designata dal ministro del Lavoro, della famiglia e degli affari sociali.

DOMANDA DI INFORMAZIONE RIGUARDANTE IL DIRITTO A PRESTAZIONI FAMILIARI NEGLI STATI MEMBRI DI RESIDENZA DEI FAMILIARI

Reg. 1408/71: art. 76
Reg. 574/72: art. 10

A. Richiesta di certificato

L'istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari nello Stato membro in cui il lavoratore esercita la sua attività subordinata o autonoma, che desidera sapere se nello Stato membro di residenza dei familiari sussiste il diritto alle prestazioni familiari, compila la parte A in duplice copia e la trasmette all'istituzione del luogo di residenza dei familiari.

1.	☐ Lavoratore subordinato ☐ Lavoratore autonomo					
-----------	--	--	--	--	--	--

1.1.	Cognome ^(1 bis)					
1.2.	Nomi	Cognomi precedenti ^(1 bis)	Luogo di nascita ⁽²⁾			
1.3.	Data di nascita	Sesso	Nazionalità	Numero d'identificazione/assicurazione ⁽³⁾		
1.4.	Indirizzo ⁽⁴⁾					

2.	Coniuge (ex coniuge) o altra/e persona/e di cui verificare il diritto a prestazioni familiari nel paese di residenza dei familiari					
-----------	--	--	--	--	--	--

2.1.	Cognome ^(1 bis)					
2.2.	Nomi	Cognomi precedenti ^(1 bis)	Data di nascita	Numero di identificazione/assicurazione ⁽³⁾		
2.3.	Indirizzo ⁽⁴⁾					
2.4.	Rapporto di parentela con i familiari di cui al punto 3					
2.5.	Periodo per il quale sono richieste le informazioni					

3.	Familiari ⁽⁶⁾					
-----------	--------------------------	--	--	--	--	--

	Cognome ^(1 bis)	Nomi	Data di nascita	Rapporto di parentela ⁽⁵⁾	Luogo effettivo di residenza ⁽⁷⁾	Numero di identificazione/assicurazione ⁽³⁾
3.1.						
3.2.						
3.3.						

4. Dati relativi all'attività svolta nel paese di residenza dei familiari

- 4.1. Datore di lavoro
- 4.2. Indirizzo ⁽⁴⁾
.....
- 4.3. Attività autonoma
- 4.4. Situazione assimilata ad un'attività professionale ai sensi della decisione n. 119 ⁽¹⁵⁾
.....

5. Istituzione competente

- 5.1. Denominazione
- 5.2. Indirizzo ⁽⁴⁾
.....
- 5.3. Numero di riferimento della pratica ⁽⁸⁾
- 5.4. Timbro
- 5.5. Data
.....
- 5.6. Firma
.....

B. Certificato

Da compilarsi a cura dell'istituzione competente del luogo di residenza dei familiari o del datore di lavoro della persona di cui al punto 2 ⁽⁹⁾.

6. Certificato rilasciato dall'istituzione competente per il pagamento delle prestazioni familiari del luogo di residenza dei familiari o del datore di lavoro

- 6.1. La persona indicata al punto 2, per il periodo dal al
- ☐ Ha esercitato un'attività professionale (o si è trovata in una situazione assimilata ai sensi della decisione n. 119) ⁽¹⁵⁾
dal al
- ☐ Non ha esercitato un'attività professionale (o non si è trovata in una situazione assimilata ai sensi della decisione n. 119) ⁽¹⁵⁾
dal al
- 6.2. La persona indicata al punto 2, per il periodo dal al
- ☐ Ha diritto alle prestazioni familiari per i familiari
- ☐ Importo complessivo delle prestazioni familiari:
- ☐ Non ha diritto alle prestazioni familiari, poiché:
.....
- ☐ Non ha presentato domanda ⁽¹⁰⁾
.....
- 6.3. Reddito delle persone di cui ai punti 2 e 3 ^(4 bis)
.....

7. Specificare le prestazioni familiari di cui al punto 6, per singolo familiare ⁽¹¹⁾

	Cognome ^(1 bis)	Nomi	Data di nascita	Rapporto di parentela ⁽⁵⁾	Luogo di residenza
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Informazioni supplementari per i singoli familiari:

	Familiare	Tipo di prestazione ⁽¹⁴⁾	Importo ⁽¹²⁾	Periodicità (settimanale/mensile)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

8. Datore di lavoro della persona di cui al punto 2 ⁽⁹⁾

8.1. Nome o ragione sociale
8.2. Indirizzo ⁽⁴⁾
8.3. Timbro
8.4. Data
8.5. Firma

9. Istituzione del luogo di residenza dei familiari ⁽¹³⁾

9.1. Denominazione
9.2. Indirizzo ⁽⁴⁾
9.3. Numero di riferimento della pratica
9.4. Timbro
9.5. Data
9.6. Firma

ISTRUZIONI

Si prega di compilare il modulo in stampatello scrivendo solo sulle linee tratteggiate. Esso è composto da cinque pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata, anche qualora non contenga alcuna indicazione

NOTE

- (¹) Sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: BE=Belgio; CZ=Repubblica ceca; DK=Danimarca; DE=Germania; EE=Estonia; GR=Grecia; ES=Spagna; FR=Francia; IE=Irlanda; IT=Italia; CY=Cipro; LV=Lettonia; LT=Lituania; LU=Lussemburgo; HU=Ungheria; MT=Malta; NL=Paesi Bassi; AT=Austria; PL=Polonia; PT=Portogallo; SI=Slovenia; SK=Slovacchia; FI=Finlandia; SE=Svezia; UK=Regno Unito; IS=Islanda; LI=Liechtenstein; NO=Norvegia; CH=Svizzera.
- (^{1 bis}) Per i cittadini spagnoli indicare entrambi i cognomi. Per i cittadini portoghesi indicare tutte le generalità (nomi, cognomi, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto. Per l'Italia indicare il cognome da nubile.
- (²) Per il Portogallo, indicare anche la parrocchia e il comune.
- (³) Se il modulo è destinato a un'istituzione ceca, indicare il numero di nascita; se destinato a un'istituzione cipriota, il numero cipriota di identificazione per un cittadino cipriota o il numero di certificato di registrazione stranieri (ARC) per un cittadino straniero; per un'istituzione danese, indicare il numero CPR; per un'istituzione finlandese, indicare il numero di registro demografico; per un'istituzione svedese indicare il numero personale (personnummer); per un'istituzione islandese, indicare il numero di identificazione personale (kennitala); per un'istituzione del Liechtenstein, indicare il numero di assicurazione AHV; per un'istituzione lituana indicare il numero di identificazione personale; per un'istituzione lettone indicare il numero di identità; per un'istituzione ungherese, indicare il numero TAJ (identificazione assicurazione sociale); per un'istituzione maltese, indicare il numero di carta d'identità per un cittadino maltese oppure il numero di sicurezza sociale maltese per un cittadino non maltese; per un'istituzione norvegese, indicare il numero di identificazione personale (fødselsnummer); per un'istituzione belga, indicare il numero nazionale di sicurezza sociale (NISS); per un'istituzione tedesca del regime generale assicurazione pensionistica, indicare il numero di assicurazione (VSNR); per un'istituzione spagnola, indicare il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (DNI) o N.I.E nel caso di cittadini stranieri, anche se la carta non è più valida; per un'istituzione polacca, indicare i numeri PESEL e NIP; per un'istituzione portoghese, indicare inoltre il numero di registrazione nel regime generale pensionistico, ove la persona interessata sia stata assicurata nel quadro del regime di sicurezza sociale per i dipendenti pubblici in Portogallo; per un'istituzione slovacca, indicare il numero di nascita; per un'istituzione slovena, indicare il numero di identificazione personale (EMŠO) e il numero fiscale; per un'istituzione svizzera, indicare il numero di assicurazione AVS/AI (AHV/IV); per un'istituzione italiana indicare il codice fiscale.
- (⁴) Via, numero, codice postale, località, Stato. Se il modulo è destinato ad un'istituzione ungherese, indicare anche l'ultimo indirizzo in Ungheria.
- (^{4 bis}) Per le istituzioni ceche, fornire la documentazione relativa al reddito percepito dalla persona di cui ai punti 2 e 3. Ove le prestazioni siano richieste fino al 30 settembre dell'anno in corso, tale documentazione deve riguardare l'anno civile anteriore all'anno precedente; ove le prestazioni siano richieste a decorrere dal 1° ottobre dell'anno in corso, la documentazione deve riguardare l'anno civile precedente. Precisare tutti i tipi di reddito a seconda della fonte (lavoro subordinato, lavoro autonomo, rendite, borse, pensioni alimentari, ecc.) incluse le prestazioni (indennità di disoccupazione, pensioni, prestazioni di malattia, prestazioni familiari, ecc.).
- (⁵) Indicare il rapporto di parentela di ciascun familiare con il lavoratore mediante le seguenti abbreviazioni:
 A = figlio legittimo. In Spagna, figlio nato nel matrimonio (matrimonial) e figlio nato fuori dal matrimonio (non matrimonial).
 B = figlio legittimato.
 C = figlio adottivo.
 D = figlio naturale (se il formulario è compilato per un lavoratore di sesso maschile, si menzionino i figli naturali soltanto se ne è stata ufficialmente riconosciuta la paternità o l'obbligo alla corresponsione degli alimenti da parte del lavoratore stesso).
 E = figlio del coniuge che fa parte del nucleo familiare.
 F = nipoti, fratelli e sorelle che l'interessato ha accolto nel nucleo familiare. Anche i/le nipoti di zii fino al terzo grado, se l'istituzione competente è greca. Se l'istituzione competente è polacca, unicamente nipoti e fratelli/sorelle il cui tutore legale sia una persona abilitata o il suo coniuge.
 G = altri minori che fanno parte del nucleo familiare permanente allo stesso titolo dei figli del lavoratore (figli dati in affidamento). Se l'istituzione competente è polacca, unicamente minori il cui tutore legale sia una persona abilitata o il suo coniuge.
 H = Per le istituzioni ceche indicare altre forme di custodia (affidamento a seguito di una decisione del tribunale a persone diverse dai genitori, dal tutore legale, dal curatore, ecc.). Altri rapporti di parentela (per esempio: nonno) devono essere scritti per esteso. Conformemente alla legislazione ceca, i figli legittimati e adottivi (B e C) godono di uno statuto identico.
- (⁶) Per le istituzioni norvegesi, indicare soltanto i figli di età inferiore ai 16 anni. Per le istituzioni lettoni indicare unicamente i figli di età inferiore a 15 anni e, qualora essi frequentino corso di formazione generale o professionale e non siano beneficiari di una borsa di studio, né coniugati, i figli di età inferiore a 20 anni.
- (⁷) Se il familiare risiede ad un indirizzo diverso da quello citato al punto 2.3, indicarlo in questo punto. Per le istituzioni lettoni e norvegesi si indichi se il figlio risiede in un orfanotrofio, in una scuola speciale o in un altro istituto residenziale.

Cognome e nome

.....

Indirizzo (⁴)

.....

- (⁸) Ad uso dell'istituzione mittente.
- (⁹) Il certificato deve essere compilato dal datore di lavoro solo se deve corrispondere le prestazioni familiari del paese di residenza.
- (¹⁰) In questo caso l'istituzione del luogo di residenza deve indicare l'importo delle prestazioni familiari che avrebbe corrisposto se ne fosse stata fatta richiesta. Qualora non siano disponibili informazioni sufficienti a tal fine, si indichino nella rubrica 7 gli importi stabiliti a termini di legge per ciascun familiare.
- (¹¹) Per le prestazioni familiari norvegesi sarà indicato solo l'importo totale.
- (¹²) Se del caso, indicare gli importi di cui alla nota a piè di pagina 10.
- (¹³) Da completare a cura dell'istituzione del luogo di residenza dei familiari o, in mancanza, a cura dell'organismo di collegamento.
- (¹⁴) Per le istituzioni slovacche e ceche indicare il tipo di prestazione familiare.
- (¹⁵) (GU C 295 del 2.11.1983, pag. 3).
-