

PROTOCOLLO AGGIUNTIVO ALL'ACCORDO DI EMIGRAZIONE ITALIA -BRASILE

PROTOCOLO ADICIONAL AO ACORDO DE MIGRAÇÃO ITÁLIA - BRASIL

Formulario da usare per le domande presentate in ITALIA/BRASILE

Formulário a ser usado para os pedidos apresentados na ITÁLIA/BRASIL

DOMANDA DI PRESTAZIONE

PEDIDO DE PRESTAÇÃO

AVVERTENZE PER LA COMPILAZIONE
ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

Si prega di scrivere in stampatello o, comunque, in modo leggibile.

Por favor, escreva com letras de imprensa, ou de forma legível.

di vecchiaia <i>por velhice</i>	di invalidità <i>por invalidez</i>	di anzianità <i>por ancianidade se serviço</i>	ai superstiti <i>por morte</i>
------------------------------------	---------------------------------------	---	-----------------------------------

(**) Indicare anche la data in cui il relativo provvedimento è divenuto operante. *Indicar também a data na qual a relativa providência tornou se operante*

- in qualità di lavoratore dipendente
- *como trabalhador assalariado*

- in qualità di lavoratore autonomo
- *como trabalhador autonomo*

DAL-DESDE	AL-ATÉ	DENOMINAZIONE E INDIRIZZO DELLA DITTA (nel caso di lavoro alle dipendenze di terzi) DENOMINAÇÃO E ENDEREÇO DA FIRMA (no caso de trabalho assalariado) LOCALITÀ IN CUI IL LAVORO È STATO EFFETTUATO (nel caso di lavoro autonomo) LOCAL ONDE DESENVOLVEU A ATIVIDADE (no caso de trabalhador autônomo)	DENOMINAZIONE DELLO ORGANISMO BRASILIANO DENOMINAÇÃO DO ORGÃO DE PREVIDÊNCIA BRASILEIRO	N° DI ISCRIZIONE NELL'ASSICURAZIONE BRASILIANA (se conosciuto) N° DE INSCRIÇÃO NA PREVIDÊNCIA BRASILEIRA (se conhecido)

Documentação referente ao trabalho no Brasil, apresentada pelo (a) requerente, em anexo ao pedido:

Numero della posizione assicurativa o della matricola assicurativa in Italia (se conosciuto)
Número de inscrição na previdência ou da matrícula previdenciária na Itália (se conhecido)

PERIODI DI LAVORO IN ITALIA
PERÍODOS DE TRABALHO NA ITÁLIA

DAL-DESDE	AL-ATÉ	ATTIVITA' LAVORATIVA ESERCITATA TIPO DE TRABALHO EXERCIDO	LOCALITA' IN CUI IL LAVORO E' STATO EFFETTUATO (comune e provincia) LOCAL DA ATIVIDADE (cidade e região administrativa)	DENOMINAZIONE E SEDE DELL'ORGANISMO ASSICURATORE DENOMINAÇÃO E SEDE DO ÓRGÃO DE PREVIDÊNCIA

N.B. - Se l'assicurato ha prestato servizio militare, allegare II foglio matricolare per l'eventuale riconoscimento.
 Nota: No caso do segurado ter prestado serviço militar, anexar o correspondente certificado para eventual computação.

Il richiedente in Italia
 O (a) requerente na Itália

beneficia
 usufrui

non beneficia
 nao usufrui

In Italia di / na Itália de

Precisare il genere di prestazioni – Especificar o tipo de benefício

A carico di / a cargo de

Denominazione dell'organismo assicuratore / Denominação do órgão de previdência

dal / desde

e nella Repubblica Federativa del Brasile
 e República Federativa do Brasil

beneficia
 usufrui

non beneficia
 nao usufrui

Precisare il genere di prestazioni – Especificar o tipo de benefício

A carico di / a cargo de

Denominazione dell'organismo assicuratore / Denominação do órgão de previdência

dal / desde

DA COMPILARE DA PARTE DELL'INPS (ITALIA / BRASIL) - A SER PREENCHIDO PELO INPS (ITÁLIA/BRASIL)

La domanda è pervenuta il/requerimento foi recebido em

Si attesta che i dati anagrafici riportati nel presente formulario sono stati rilevati dai documenti originali presentati dall'interessato(a).

Atesta-se que os dados pessoais constantes do presente formulário foram retirados dos documentos originais apresentados pelo(a) interessado(a).

per l'INPS (Italia/BRASILE) pelo INPS (Itália/BRASIL)