



4. L'erogazione delle prestazioni di disoccupazione dovrà cessare dal giorno in cui il disoccupato non sia più iscritto nelle evidenze di persone disoccupate in base alla normativa vigente nella Repubblica di Croazia.

5 Istituzione che rilascia il formulario

5.1 Denominazione

5.2 Indirizzo

5.3 Timbro

5.4 Protocollo

5.5 Data

5.6. Firma .....

## ALLEGATO 1

## CONVENZIONE DI SICUREZZA SOCIALE ITALIA – CROAZIA

TALIJANSKO-HRVATSKI UGOVOR O SOCIJALNOM OSIGURANJU

I.N.P.S. Sede Regionale Lazio Via Giosue' Borsi, 11 00197 Roma Tel. 00390632351524 Fax 0039068078745	<b>HRVATSKI ZAVOD ZA ZAPOŠLJAVANJE SREDIŠNJA SLUŽBA</b> <hr/> Radnička c. 1, 10 000 Zagreb Telefon: 01/ 6126 000 • Fax: 01/6126 038; 6126 039
---	---

Prot.

**ATTESTATO  
SULL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI DISOCCUPAZIONE**

Con il presente si certifica che:

nome e cognome

è stato iscritto nelle evidenze dei disoccupati presso l'Ufficio di collocamento competente nella  
Repubblica d'Italia in data

Il nominativo è beneficiario delle prestazioni di disoccupazione a decorrere dal

Data

Firma e timbro

## ALLEGATO 2

CONVENZIONE DI SICUREZZA SOCIALE ITALIA – CROAZIA  
TALIJANSKO-HRVATSKI UGOVOR O SOCIJALNOM OSIGURANJU

I.N.P.S. Direzione Regionale Lazio Via Giosue' Borsi, 11 00197 Roma Tel. 00390632351524 Fax 0039068078745	<b>HRVATSKI ZAVOD ZA ZAPOŠLJAVANJE SREDIŠNJA SLUŽBA</b>  Radnička c. 1, 10 000 Zagreb Telefon: 01/ 6126 000 • Fax: 01/6126 038; 6126 039
--	---

Prot.

**RICHIESTA DI RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI DI DISOCCUPAZIONE EROGATE  
NELLA REPUBBLICA D'ITALIA**

Al lavoratore

*nome*

*cognome*

sono stati erogati, a titolo di prestazioni di disoccupazione, gli importi qui di seguito indicati:

Periodi cui si riferisce il pagamento		Numero di giornate indenniz- zate	Data in cui è stato disposto il pagamento/	Cambio applicato	Importo <input type="checkbox"/> giornaliero <input type="checkbox"/> mensile espresso in €uro	Importo <input type="checkbox"/> giornaliero <input type="checkbox"/> mensile espresso in HRK	Importo totale pagato in
dal	al						
1	2	3	4	5	6	7	8

Totale:

Motivo della sospensione o della cessazione delle erogazioni.

Data

Firma e timbro