

SECTION I /SEZIONE I									
1 RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR – DATI RIGUARDANTI IL/LA RICHIEDENTE									
(a) Nom de famille– Cognome di famiglia				Prénom(s) - nom à la naissance (y comprise le nom de jeune fille des femmes mariées) nome (i) cognome alla nascita (<i>indispensabile per le donne coniugate</i>)				(b) • homme maschio • femme femmina	
(c) NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE DU DEMANDEUR N. DI ASSICURAZIONE SOCIALE DEL/LA RICHIEDENTE <i>Dans le cas d'une demande de prestation de survivants, indiquer le numéro du travailleur décédé</i> <i>Nel caso di pensione ai superstiti, indicare il numero di assicurazione del lavoratore deceduto</i>									
Numéro d'assurance sociale canadien N. di assicurazione sociale canadese					Code fiscal italien (si connu) Codice fiscale italiano (se conosciuto)				
(d) Date de naissance Data di nascita		JOUR GIORNO	MOIS MESE	ANNÉE ANNO	(e) Lieu de naissance Luogo di nascita		(Ville ou Village) (Città o paese)	(Province ou Territoire) (Provincia o territorio)	(Pays) (Stato)
(f) État civil Stato civile		• Célibataire Celibe/Nubile	• Marié(e) Coniugato/a	• Veuf/Veuve Vedovo/a	• Divorcé(e) Divorziato/a	• Séparé(e) Separato/a			
(g) Date du mariage Data del matrimonio		JOUR GIORNO	MOIS MESE	ANNÉE ANNO	(h) Lieu du mariage Luogo del matrimonio		(Ville ou Village) (Città o paese)	(Province ou Territoire) (Provincia o territorio)	(Pays) (Stato)
(i) Lieu de résidence Luogo di Residenza		(Numéro et rue) (Numero e via)		(Ville ou Village) (Città o paese)	(Province ou Territoire) (Provincia o territorio)	(Pays) (Stato)	(Code postal) (Codice Postale)		
2 DEMANDE D'AUTORISATION DE CONTINUER À VERSER À L'ASSURANCE SOCIALE ITALIENNE AU MOYEN DES COTISATIONS VOLONTAIRES EN ITALIE RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AI VERSAMENTI VOLONTARI NELL'ASSICURAZIONE ITALIANA									
Au cas où la demande de prestation italienne serait rejetée, je demande l'autorisation de continuer à verser à l'assurance sociale italienne au moyen de cotisations volontaires Il sottoscritto, qualora la domanda di pensione sia respinta, chiede l'autorizzazione italiana ai versamenti volontari.									

SECTION II / SEZIONE II																						
3					A REMPLIR SI L'ON DEMANDE DES PRESTATIONS FAMILIALES POUR DES MEMBRES DE LA FAMILLE OU SI LE DEMANDEUR D'UNE PRESTATION DE SURVIVANTS N'EST PAS LE CONJOINT.					DA COMPILARE NEL CASO CHE ESISTANO PERSONE PER LE QUALI SI RICHIEDONO PRESTAZIONI FAMILIARI OVVERO RICHIEDENTI LA PENSIONE AI SUPERSTITI DIVERSI DAL CONIUGE.												
(a)				NOM DE FAMILLE ET PRÉNOM(S) COGNOME E NOME (I)				LIEN DE PARENTÉ AVEC LE TRAVAILLEUR GRADO DI PARENTELA COL LAVORATORE			DATE DE NAISSANCE DATA DI NASCITA			S'AGIT-IL D'UN ÉTUDIANT OU D'UNE PERSONNE INVALIDE ? INDICARE SE "STUDENTE" O "INABILE"*								
											JOUR GIORNO			MOIS MESE		ANNÉE ANNO						
(b)										INSCRIRE LE NOM ET L'ADRESSE DE CHAQUE PERSONNE À CHARGE INDIQUÉE À 3 (a) QUI N'HABITE PAS ACTUELLEMENT AVEC LE TRAVAILLEUR OU QUI N'HABITAIT PAS AVEC LUI AU MOMENT DE SON DÉCÈS. INDICARE NOME E INDIRIZZI DI CIASCUN FAMILIARE A CARICO INDICATO AL PUNTO 3(a) CHE NON CONVIVA CON IL LAVORATORE O CHE NON CONVIVESSE CON IL LAVORATORE ALLA DATA DEL DECESSO DEL MEDESIMO												
					NOM DE FAMILLE ET PRÉNOMS – COGNOME E NOME										ADRESSE – INDIRIZZO							
*										Remarque: si la personne est inapte, fournir un certificat médical. En Italie, les travailleurs reçoivent des prestations familiales pour des enfants de moins de 18 ans. Dans le cas des travailleurs indépendants, la limite d'âge est de 26 ans si l'enfant est aux études; dans ce dernier cas, soumettre une preuve de fréquentation scolaire. Si l'enfant fréquente un collège ou une université, la preuve documentaire doit indiquer la date d'inscription en première année ainsi que la durée des études qui mènent à l'obtention d'un diplôme. Nota: per gli inabili allegare il certificato medico. Gli assegni familiari per i figli di lavoratori dipendenti sono concessi in Italia fino all'età di 18 anni. Per i figli studenti di lavoratori autonomi gli assegni familiari sono concessi anche oltre i 18 anni e sino all'età di 26 anni; in questi casi è necessario allegare certificato di frequenza scolastica. Se trattasidi frequenza ad un "college" o ad una Università, il certificato deve indicare la data di iscrizione al primo anno, nonché la durata del corso legale di laurea.												
SECTION III / SEZIONE III																						
4										REEMPLIR CETTE SECTION SI VOUS DEMANDEZ DES PRESTATIONS DE SURVIVANTS – INFORMATION SUR LE TRAVAILLEUR DÉCÉDÉ DA COMPILARE NEL CASO DI DOMANDA DI PENSIONE AI SUPERSTITI - DATI RELATIVI AL LAVORATORE DECEDUTO												
(a)					Nom de famille et prénom(s) Cognome e nome					(b)					Lien de parenté du demandeur avec le travailleur décédé Relazione di parentela del richiedente col lavoratore deceduto							
(c)			Date de naissance Data di nascita			JOUR GIORNO		MOIS MESE		ANNÉE ANNO		(d)			Lieu de naissance Luogo di nascita		(Ville ou Village) (Città o paese)		(Province ou Territoire) (Provincia o territorio)		(Pays) (Stato)	
(e)			État civil Stato civile			• Célibataire Celibe/Nubile			• Marié(e) Coniugato/a			• Veuf/Veuve Vedovo/a			• Divorcé(e) Divorziato/a			• Separé(e) Separato/a				
(f)			Date du décès Data del decesso			JOUR GIORNO		MOIS MESE		ANNÉE ANNO		(g)			Lieu du décès Luogo del decesso		(Ville ou Village) (Città o paese)		(Province ou Territoire) (Provincia o territorio)		(Pays) (Stato)	
(h)										LE TRAVAILLEUR DÉCÉDÉ RECEVAIT-IL DES PRESTATIONS DE L'ITALIE, DU CANADA, OU ENCORE, DES DEUX PAYS? IL LAVORATORE DECEDUTO PERCEPIVA PRESTAZIONI A CARICO DELL'ITALIA, DEL CANADA O DI ENTRAMBI I PAESI? • Oui Si • Non No SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER: – NEL CASO DI RISPOSTA Affermativa INDICARE:												
					GENRE DE PRESTATIONS TIPO DI PRESTAZIONI					N°(S) DE COMPTE DU PENSIONNÉ NUMERO/I DELLA/E PENSIONE/I					ORGANISME(S) DÉBITEUR(S) ISTITUTO/I DEBITORE/I							
5										RENSEIGNEMENTS SUR LES MEMBRES DE LA FAMILLE – DATI RELATIVI AI FAMILIARI SUPERSTITI												
(a)										UN JUGEMENT D'ANNULLATION DE MARIAGE, DE DIVORCE OU DE CESSATION DES EFFETS CIVILS DU MARIAGE A-T-IL ÉTÉ RENDU? INDICARE SE SIA STATA PRONUNCIATA SENTENZA DI SCIoglimento O DI CESSAZIONE DEGLI EFFETTI CIVILI DEL MATRIMONIO • Oui Si • Non No SI OUI, LE JUGEMENT EST-IL DÉFINITIF? NEL CASO Affermativo INDICARE SE LA SENTENZA E' PASSATA IN GIUDICATO • Oui Si • Non No												

(b) LE CONJOINT SURVIVANT S'EST-IL REMARIÉ? / INDICARE SE IL CONIUGE SUPERSTITE SI SIA RISPOSATO							
☐ Oui Si				☐ Non No			
SI OUI, INSCRIRE LA DATE DU MARIAGE NEL CASO AFFERMATIVO PRECISARE LA DATA DEL MATRIMONIO				Jour Giorno		Mois Mese	
				Année Anno			
(c) SI LA DEMANDE DE PRESTATION EST PRÉSENTÉE PAR LES PARENTS OU UN (DES) FRÈRE(S) OU UNE (DES) SŒUR(S) CÉLIBATAIRE(S) DU TRAVAILLEUR DÉCÉDÉ, INDIQUER SI CE DERNIER LAISSE PARMIS LES SURVIVANTS : NEL CASO IN CUI IL/ LA RICHIEDENTE/ LA PENSIONE SIA/ SIANO UNO O ENTRAMBI I GENITORI O IL/ LA FRATELLO/ O LA/ LE SORELLA/ E DEL LAVORATORE DECEDUTO, INDICARE SE IL LAVORATORE STESSO ABBIA LASCIATO SUPERSTITI:							
Conjoint Il coniuge		☐ Oui Si	☐ Non No	Enfants I figli		☐ Oui Si	☐ Non No
		☐ Oui Si	☐ Non No	Parents I genitori		☐ Oui Si	☐ Non No
SECTION IV / SEZIONE IV							
6 LE DEMANDEUR DÉCLARE UNE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE IL/LA RICHIEDENTE DICHIARA DI ESERCITARE LAVORO							
☐ en tant qu'employé subordonato		☐ à titre de travailleur indépendant autonome		genre d'activité tipo di attività			
LE DEMANDEUR DÉCLARE DE NE PLUS EXERCER UNE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE IL /LA RICHIEDENTE DICHIARA DI AVER CESSATO DI ESERCITARE IL LAVORO							
☐ en tant qu'employé subordonato		☐ à titre de travailleur indépendant autonome		le in data			
7 EST-CE QUE VOUS-MÊME OU LES MEMBRES DE LA FAMILLE INSCRITS AU N° 3 TOUCHEZ UN REVENU D'EMPLOI, UN REVENU DE TRAVAIL AUTONOME, UNE PENSION OU UN REVENU DE TOUT AUTRE SOURCE? IL RICHIEDENTE O ALCUNO DEI FAMILIARI ELENCATI AL N. 3 PERCEPISCE REDDITI DERIVANTI DA LAVORO SUBORDINATO, O DA LAVORO AUTONOMO, DI PENSIONE O DA ALTRE FONTI?							
☐ Oui Si				☐ Non No			
SI OUI, REMPLIR LA SECTION QUI SUIT POUR CHAQUE PERSONNE AYANT UN REVENU – NEL CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA INDICARE:							
ANNÉE COURANTE* – ANNO IN CORSO *				DEMANDEUR RICHIEDENTE	CONJOINT CONIUGE	PARENTS FAMILIARI	
revenus d'emploi à titre d'employé ou gains considérés comme des revenus d'emploi ** redditi di lavoro dipendente ed assimilati **				€uro	€uro	€uro	
revenus de travail autonome, honoraires professionnels ou revenus d'affaires considérés comme des revenus d'emploi ** redditi di lavoro autonomo, o professionale o di impresa ed assimilati**				€uro	€uro	€uro	
autres revenus assujettis à l'impôt des particuliers *** altri redditi assoggettabili all'Irpef ***				€uro	€uro	€uro	
ANNÉES PRÉCÉDENTES* – ANNI PRECEDENTI*				DEMANDEUR RICHIEDENTE	CONJOINT CONIUGE	MEMBRES DE LA FAMILLE / FAMILIARI	
revenus d'emploi à titre d'employé ou gains considérés comme des revenus d'emploi ** redditi di lavoro dipendente ed assimilati **				€uro	€uro	€uro	
revenus de travail autonome, honoraires professionnels ou revenus d'affaires considérés comme des revenus d'emploi ** redditi di lavoro autonomo, o professionale o di impresa ed assimilati**				€uro	€uro	€uro	
autres revenus assujettis à l'impôt des particuliers *** altri redditi assoggettabili all'Irpef ***				€uro	€uro	€uro	
ANNÉES PRÉCÉDENTES* – ANNI PRECEDENTI*				DEMANDEUR RICHIEDENTE	CONJOINT CONIUGE	MEMBRES DE LA FAMILLE / FAMILIARI	
revenus d'emploi à titre d'employé ou gains considérés comme des revenus d'emploi ** redditi di lavoro dipendente ed assimilati **				€uro	€uro	€uro	
revenus de travail autonome, honoraires professionnels ou revenus d'affaires considérés comme des revenus d'emploi ** redditi di lavoro autonomo, o professionale o di impresa ed assimilati**				€uro	€uro	€uro	
autres revenus assujettis à l'impôt des particuliers *** altri redditi assoggettabili all'Irpef ***				€uro	€uro	€uro	
Remarque/Nota							
* Veuillez préciser l'année Indicare l'anno a cui si riferiscono i redditi							
** S'il s'agit de revenus de pension, veuillez inscrire "P" avant le montant Nel caso di redditi da pensione scrivere "P" prima dell'importo relativo							
*** Exclure les revenus tirés de la maison qu'une personne habite, les indemnités de départ payées à l'avance et les honoraires reportés, qui font l'objet d'un impôt à part. Esclusi il reddito della casa di abitazione, i trattamenti di fine rapporto e relative anticipazioni, e le competenze arretrate assoggettate a tassazione separata							

8	EST-CE QUE VOUS-MÊME OU VOTRE CONJOINT RECEVEZ UNE PRESTATION CANADIENNE POUR ENFANT AUTRE QUE CELLE VERSÉE DANS LE CADRE DU RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA POUR N'IMPORTE LEQUEL DES MEMBRES DE LA FAMILLE INSCRITS AU N° 3 ? IL RICHIEDENTE O IL CONIUGE PERCEPISCE PRESTAZIONI FAMILIARI PER ALCUNA DELLE PERSONE ELENcate AL N. 3?					
☐ Oui Si ☐ Non No						
SI OUI, REMPLIR LA SECTION QUI PARAÎT CI-DESSOUS – NEL CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA INDICARE						
NOM DE FAMILLE ET PRÉNOM(S) DU MEMBRE DE LA FAMILLE COGNOME E NOME(I) DEL FAMILIARE		NOM DE L'INSTITUTION D'ASSURANCE OU DE L'AGENCE GOUVERNEMENTALE DENOMINAZIONE DELL'ISTITUTO EROGATORE		MONTANT DES PRESTATIONS MENSUELLES IMPORTO MENSILE DELLA PRESTAZIONE		
SECTION V / SEZIONE V						
9	PÉRIODES D'EMPLOI OU D'EMPLOI AUTONOME PENDANT LESQUELLES LE TRAVAILLEUR A ÉTÉ COUVERT PAR LE SYSTÈME D'ASSURANCE DE L'ITALIE* PERIODI DI LAVORO SUBORDINATO O AUTONOMO COPERTI DAL SISTEMA PREVIDENZIALE ITALIANO*					
PÉRIODES D'EMPLOI COUVERTES PAR L'ASSURANCE ITALIENNE PERIODI DI ATTIVITA' LAVORATIVA COPERTI DALL'ASSICURAZIONE ITALIANA			LIEU DE TRAVAIL/LUOGO DI LAVORO (Ville, province et région) (Comune Provincia e Regione)	GENRE D'INDUSTRIE OU D'ENTREPRISE TIPO DI ATTIVITA'	ORGANISME ITALIEN ISTITUTO ASSICURATORE ITALIANO	COMPTE DE SÉCURITÉ SOCIALE N. DI ASSICURAZIONE
DE / DAL JOUR GIORNO MOIS MESE ANNÉE ANNO			À / AL JOUR GIORNO MOIS MESE ANNÉE ANNO			
Remarque/Nota * Si vous réclamez une pension de survivants, veuillez préciser les périodes de travail de la personne décédée In caso di domanda di pensione ai superstiti indicare i periodi di lavoro del lavoratore deceduto Veuillez soumettre tout document ayant trait à l'emploi ou l'assurance (livret personnel, carte d'assurance, documents de travail, fiche de paye, etc.) Allegare eventuale documentazione attestante l'attività lavorativa o documento assicurativo (libretto personale, tessera assicurativa, libretto di lavoro, busta paga, ecc.) S'il s'agit de périodes assimilables à des périodes d'emploi (p. ex: service militaire, maladie, etc.) fournir la documentation. Nel caso di periodi assimilabili a periodi di lavoro (p. es.: servizio militare, malattia, ecc.) allegare documentazione.						
10	PÉRIODES DE DOUBLE COUVERTURE D'ASSURANCE – PERIODI DI DOPPIA COPERTURA ASSICURATIVA					
DES PÉRIODES D'EMPLOI INDIQUÉES AU N° 9, ONTELLES AUSSI ÉTÉ COUVERTES PAR LE SYSTÈME DE SÉCURITÉ SOCIALE DU CANADA (p. ex.: cotisations payées <u>en même temps aux deux Pays</u> pour le même travail)? INDICARE SE ALCUNI DEI PERIODI DI LAVORO SUBORDINATO O AUTONOMO ELENcATI AL N. 9 RISULTANO COPERTI ANCHE DAL SISTEMA PREVIDENZIALE DEL CANADA (p.es.: una stessa attività lavorativa ha dato luogo <u>contemporaneamente</u> a contribuzione in <u>ambidue</u> gli Stati):						
☐ Oui Si ☐ Non No						
SI OUI, INSCRIRE – NEL CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA INDICARE:						
PÉRIODES DE TRAVAIL COUVERTES PAR LE SYSTÈME DE SÉCURITÉ SOCIALE DES DEUX PAYS* PERIODI DI ATTIVITA' LAVORATIVA COPERTI DAL SISTEMA PREVIDENZIALE DI ENTRAMBI GLI STATI*				NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR (Rue, numéro, ville et province) S'IL S'AGIT D'UN EMPLOI AUTONOME, INSCRIRE "AUTONOME" NOME ED INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO (Via, numero, città, provincia) NEL CASO DI LAVORO AUTONOMO INDICARE "IN PROPRIO"		
DE / DAL JOUR GIORNO MOIS MESE ANNÉE ANNO				À / AL JOUR GIORNO MOIS MESE ANNÉE ANNO		
Remarque/Nota * Veuillez fournir une déclaration de l'employeur canadien si vous avez occupé des emplois semblables en Italie et au Canada dans l'une des situations suivantes (dirigeants d'entreprise, employés de compagnies d'électricité, de téléphone, du gaz, des transports publics, journalistes, travailleurs du spectacle, mineurs, etc.). Pour les mineurs, la déclaration de l'employeur doit préciser s'il s'agit de périodes accomplies en surface ou sous terre. Allegare dichiarazioni del datore di lavoro in caso di svolgimento sia in Italia che in Canada di una delle seguenti attività (dirigente d'azienda, dipendenti di aziende per l'elettricità, il telefono, il gas, i trasporti pubblici, i giornalisti, i lavoratori dello spettacolo, i minatori, ecc.) Per i minatori la dichiarazione del datore di lavoro deve indicare inoltre i periodi svolti in superficie e nel sottosuolo						

11 CATÉGORIE D'EMPLOI AU CANADA/ SETTORE DI ATTIVITA' IN CANADA											
DE/DAL			À/AL			CATÉGORIE D'EMPLOI AU CANADA – SETTORE DI ATTIVITA' IN CANADA					
JOUR GIORNO	MOIS MESE	ANNÉE ANNO	JOUR GIORNO	MOIS MESE	ANNÉE ANNO						
12 RÉSIDENCE AU CANADA / RESIDENZA IN CANADA											
DATE ET LIEU D'ENTRÉE AU CANADA DATA E LUOGO DI INGRESSO IN CANADA				ABSENCE DU CANADA DE PLUS DE 6 MOIS ASSENZA DAL CANADA SUPERIORE A 6 MESI				RAISON DE L'ABSENCE MOTIVO DELL'ASSENZA			
JOUR GIORNO	MOIS MESE	ANNÉE ANNO	LIEU LUOGO	JOUR GIORNO	MOIS MESE	ANNÉE ANNO	JOUR GIORNO	MOIS MESE	ANNÉE ANNO		
Remarque: Veuillez fournir une preuve de votre date d'entrée au Canada et de votre départ du Canada (passeport, visa, billet de navire ou d'avion, etc.). Nota: Documentare la data di ingresso in Canada e di partenza dal Canada (passaporto, visti, biglietto di navigazione marittima o aerea, ecc.)											
13 SERVICE MILITAIRE EN ITALIE/SERVIZIO MILITARE IN ITALIA											
Le demandeur a-t-il des périodes de service militaire en Italie? il richiedente ha prestato il servizio militare? • Oui Si • Non No Si oui, veuillez joindre la documentation (certificat de service militaire ou de délégation remise à l'INPS avec le formulaire Mod. SM/EST pour les périodes antérieures à 1945 et le formulaire Mod. SM/POST 45 comme déclaration de substitution pour les périodes postérieures à 1945) In caso affermativo allegare documentazione (Foglio matricolare o delega all'INPS su Mod SM/EST per i periodi anteriori al 1945; dichiarazione sostitutiva su Mod. SM/POST 45 per i periodi successivi al 1945)											
14 OBSERVATIONS/OSSERVAZIONI											
SECTION VI - SEZIONE VI											
15 DÉCLARATION POUR LES PERSONNES QUI RÉCLAMENT DES PRESTATIONS DE VIEILLESSE DICHIARAZIONE PER I RICHIEDENTI LA PENSIONE DI VECCHIAIA											
Une prestation de vieillesse est payable à compter du 1^{er} jour du mois suivant le mois où la personne assurée atteint l'âge de la retraite. Cependant, à la demande de la personne assurée, le paiement peut être versé le 1^{er} jour du mois suivant le mois pendant lequel la demande a été présentée. Inscrivez un « X » dans la boîte appropriée. Le (la) soussigné (e) demande que la prestation soit versée à compter du/Il sottoscritto chiede che la pensione di vecchiaia decorra - le premier jour du mois suivant le mois où le demandeur atteint l'âge de la retraite dal primo giorno del mese successivo a quello in cui ha compiuto l'età pensionabile - le premier jour du mois suivant le mois pendant lequel la demande a été présentée dal primo giorno del mese successivo a quello di presentazione della relativa domanda						La pensione di vecchiaia decorre dal 1^o giorno del mese successivo a quello nel quale l'assicurato ha compiuto l'età pensionabile. Tuttavia, ove l'interessato lo richiada, la decorrenza della pensione viene fissata al 1^o giorno del mese successivo a quello di presentazione della domanda. Pertanto, per effettuare la scelta l'interessato dovrà barrare una delle seguenti caselle.					
SECTION VII / SEZIONE VII											
16 Si vous désirez avoir l'assistance d'un Patronato, remplissez, s'il vous plaît, la section suivante. Se desiderate assistenza da un Patronato completare la presente sezione.											
MANDAT D'ASSISTANCE						MANDATO DI ASSISTENZA					
En ce qui concerne la représentation légale, je déclare par la présente que - j'ai • je n'ai pas mandater un Patronato - je joins une copie du mandat						Il sottoscritto, per il patrocinio della presente domanda, - ha • non ha conferito mandato al Patronato - si allega una copia del mandato di patrocinio					
17 DÉDUCTION FISCALE DETRAZIONI FISCALI											
Par la présente, je déclare que - j'ai droit à une déduction fiscale pour les revenus d'emploi à titre d'employé, ou pour revenus de pension - j'ai droit à une déduction fiscale additionnelle pour les pensions versées par l'INPS						Il sottoscritto dichiara - di avere diritto alla detrazione per i redditi di lavoro dipendente o di pensione - di avere diritto alla ulteriore detrazione d'imposta prevista per i redditi di pensione a carico dell'INPS					
AUTORISATION QUANT AU TRAITEMENT DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI											
Par la présente, je consens à ce qu'on traite mes renseignements personnels, y compris les renseignements de nature « délicate » englobés par la loi 675/96 sur la protection de la vie privée. Les organismes canadiens, québécois et italiens qui se serviront des données en ont besoin pour traiter la demande.						Il/la sottoscritto/a, ai sensi della L. 675/96, acconsente alla utilizzazione dei propri dati personali, ivi compresi quelli "sensibili", per la trattazione della presente domanda tanto da parte dell'INPS che dell'organismo canadese o quebecchese					

18	DÉCLARATION		DICHIARAZIONE	
	Par la présente, je DÉCLARE sous ma responsabilité civile et criminelle, que les renseignements inscrits sur cette demande sont conformes à la vérité. Je m'engage également à informer l'Institution d'assurance compétente, dans un délai de 30 jours suivant le fait nouveau, de tout changement dans la composition de la famille, du paiement d'une nouvelle pension, des modifications aux pensions versées ainsi que de tout autre événement qui peut changer le contenu des déclarations faites dans cette demande.		DICHIO, sotto la mia responsabilità civile e penale, che tutte le informazioni fornite nella presente domanda sono conformi al vero e mi impegno a comunicare all'Istituto assicuratore competente, entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione della composizione familiare, qualsiasi nuova liquidazione di pensione o variazione di quelle già concesse ed ogni altro evento che modifichi il contenuto di quanto sopra dichiarato.	
SIGNATURE DU DEMANDEUR - FIRMA DEL/DELLA DICHIARANTE			DATE/DATA	
			JOUR GIORNO	MOIS MESE ANNÉE ANNO
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE NUMERI DI TELEFONO				
ADRESSE POSTALE DU DEMANDEUR – INDIRIZZO POSTALE DEL/DELLA RICHIEDENTE				
(Rue, numéro, app.) (Via, numero, interno)		(Case postale ou n° de route rurale) (Casella postale)		(Pays) (Stato)
(Province ou territoire) (Provincia o territorio)		(Code postal) (Codice postale)		(Ville ou village) (Città o paese)
AVIS Si la demande est signée d'une croix (X), il faut qu'elle le soit en présence de deux témoins qui connaissent le demandeur. Chaque témoin doit signer dans un des espaces prévus plus bas et y inscrire son adresse.		AVVERTENZA La presenza di due testimoni è necessaria se la presente domanda è firmata con un segno (X). In tal caso i testimoni presenti alla firma, che conoscano il/la richiedente, debbono apporre le loro firme negli spazi sotto riservati e fornire il loro indirizzo completo.		
SIGNATURE DU TÉMOIN - FIRMA DEL TESTIMONE		ADRESSE DU TÉMOIN - INDIRIZZO DEL TESTIMONE		
SIGNATURE DU TÉMOIN - FIRMA DEL TESTIMONE		ADRESSE DU TÉMOIN - INDIRIZZO DEL TESTIMONE		
SECTION VIII / SEZIONE VIII				
19 POUR L'USAGE DU BUREAU DES OPÉRATIONS INTERNATIONALES SEULEMENT - RISERVATO ALL'UFFICIO CANADESE				
À être rempli par D.S.C. Da compilare da parte del D.S.C.		DATE DE RÉCEPTION DE LA DEMANDE LA DOMANDA E' PERVENUTA IL		
Je certifie que D.S.C. a vérifié les données sur l'état civil qui figurent dans ce formulaire Si attesta che i dati personali riportati nel presente formulario sono stati verificati dal D.S.C.				
LIEU ET DATE / LUOGO E DATA				
Sceau officiel et signature du représentant des Opérations Internationales Timbro e firma Operazioni Internazionali				