

**CONVENZIONE ITALO-TUNISINA DI SICUREZZA SOCIALE**  
(Art. 8, lett. a) della Convenzione; Art. 8, par. 1 e 2, dell'Accordo Amministrativo) (1)  
**CONVENTION ITALO-TUNISIENNE DE SÉCURITÉ SOCIALE**  
(Art. 8, lett. a) de la Convention; Art. 8, par. 1 et 2, de l'Arrangement Administratif)

**CERTIFICATO DI DISTACCO TEMPORANEO** (2)  
**CERTIFICAT DE DÉTACHEMENT TEMPORAIRE**

**SEZIONE I - SECTION I**

**A. INDICAZIONI CONCERNENTI IL LAVORATORE (3)**  
**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TRAVAILLEUR**

Cognome - *Nom*

Nomi - *Prénoms*

Del Padre - *Du père*

Del nonno - *Du grand-père*

Sesso - *Sexe*                      **M**                      **F**

Data di nascita - *Date de naissance*  
giorno/mese/anno - *jour/mois/année*

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

Cittadinanza - *Nationalité*

Stato civile                      Celibe/nubile                      Coniugato/a                      Vedovo/a                      Divorziato/a  
*État civil*                      *Célibataire*                      *Marié/e*                      *Veuf/Veuve*                      *Divorcé/e*

Luogo di residenza  
*Lieu de résidence*                      Via e numero - *Rue et numéro*

Comune o frazione -  
*Cité, ville ou village*

Provincia o territorio  
*Province ou territoire*

Stato  
*Pays*

Codice postale  
*Code postal*

Professione  
*Profession*

N. di immatricolazione:  
*N. d'immatriculation*                      In Italia - *En Italie*                      In Tunisia - *En Tunisie*

(1) Scrivere a macchina o in stampatello  
*Écrire en caractères d'imprimerie*

(2) Da riempire dall'impresa e presentare in tre copie all'Istituzione competente dello Stato ove ha sede l'impresa medesima  
*À remplir par l'entreprise et à transmettre en trois exemplaires à l'Institution compétente du Pays où l'entreprise même a son siège*

(3) Indicare per le donne coniugate anche il cognome del marito  
*Pour les femmes mariées indiquer le nom du mari.*

**B. FAMILIARI CHE ACCOMPAGNANO IL LAVORATORE***MEMBRES DE LA FAMILLE QUI ACCOMPAGNENT LE TRAVAILLEUR*

Cognomi e Nomi <i>Nom et Prénoms</i>	Data di nascita <i>Date de Naissance</i>	Legame di parentela con l'assicurato <i>Lien de parenté avec l'assuré</i>

**C. INDICAZIONI CONCERNENTI IL DATORE DI LAVORO***RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'EMPLOYEUR*

Nome o ragione sociale

*Nom ou raison sociale*

Indirizzo

*Adresse*Via e numero - *Rue et numéro*Comune o frazione -  
*Cité, ville ou village*Provincia o territorio  
*Province ou territoire*Stato  
*Pays*Codice postale  
*Code postal*

N. di affiliazione

*N. d'affiliation:*In Italia - *En Italie*In Tunisia - *En Tunisie*

Il datore di lavoro sopra indicato dichiara che il lavoratore suindicato Sig.

*L'employeur ci-désigné déclare que le travailleur ci-dessus M.*è distaccato, per un primo periodo che va dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (non oltre 36 mesi) durante i qual sarà  
*est détaché pour la période à partir du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ (qui ne dépasse pas 36 mois) pendant laquelle il*soggetto alla legislazione di sicurezza sociale del Paese di affiliazione, presso lo stabilimento di seguito indicato:  
*sera soumis à la législation de sécurité sociale du pays d'affiliation, auprès de l'établissement ci-après désigné:*

Nome o ragione sociale

*Nom ou raison sociale*

N. di affiliazione  
*N. di affiliation*

In Italia - *En Italie*

In Tunisia - *En Tunisie*

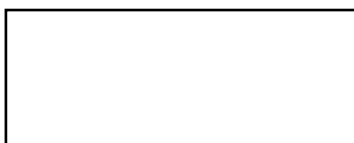
Indirizzo  
*Adresse*

Per effettuare il lavoro di seguito descritto:  
*Pour effectuer le travail décrit ci-après:*

A \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
*À \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_*

Firma del lavoratore \_\_\_\_\_  
*Signature du travailleur*

Firma del datore di lavoro e timbro dell'impresa \_\_\_\_\_  
*Signature de l'employeur et cachet de l'entreprise*



SEZIONE II - *SECTION II* (4)

DECISIONE DELL'ISTITUZIONE COMPETENTE  
*DECISION DE L'INSTITUTION D'AFFILIATION*

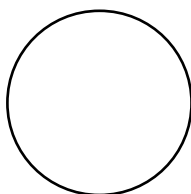
Denominazione \_\_\_\_\_  
*Dénomination*

Indirizzo \_\_\_\_\_  
*Adresse*

Si attesta, con il presente certificato che il Sig. \_\_\_\_\_  
*On atteste, par le présent certificat, que M.*

Resta assoggettato alla legislazione di sicurezza sociale italiana  
*Reste soumis à la législation de sécurité sociale italienne*

A \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
*À \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_*



\_\_\_\_\_ *Timbro e firma dell'Istituzione competente/Cachet et signature de l'Institution d'affiliation*