

CERTIFICATO RIGUARDANTE L'AGGREGAZIONE DEI PERIODI DI ASSICURAZIONE, OCCUPAZIONE O RESIDENZA

Malattia – maternità – decesso (assegno) – invalidità

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 9, paragrafo 2; articolo 18, paragrafo 1; articolo 38, paragrafo 1; articolo 64

Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 6, paragrafo 2; articolo 16; articolo 39, paragrafi 1 e 2; articolo 79

L'istituzione competente compila la parte A del modulo e ne invia due esemplari all'istituzione dello Stato membro alla cui legislazione la persona interessata è stata soggetta per ultimo. Tale istituzione compila la parte B e rinvia il modulo all'istituzione mittente. Se il modulo è fornito su richiesta della persona interessata, l'istituzione che lo rilascia compila le parti A.2 e B e lo consegna o trasmette alla persona interessata.

Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate.

È costituito da 3 pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata.

Parte A

1.	Istituzione destinataria
1.1	Denominazione:
1.2	Numero di identificazione dell'istituzione:
1.3	Indirizzo:

2.	Persona assicurata
2.1	Cognome(i) (²):
2.2	Nome(i) (³): Data di nascita:
2.3	Cognome da nubile:
2.4	Numero di identificazione personale:
2.5	A decorrere dalla data di cui al punto 3.1, la persona assicurata ha esercitato un'attività: ☐ subordinata ☐ autonoma (⁴)
2.6	☐ Nome dell'ultimo datore di lavoro ☐ Ultima attività come lavoratore autonomo Indirizzo:
2.7	☐ Datori di lavoro precedenti: ☐ Attività autonome precedenti: [nome e indirizzo]

3. Per dare un seguito alla richiesta presentata dalla persona assicurata di cui sopra, indicare i periodi di assicurazione, occupazione o residenza

3.1 dal

3.2 conformemente alla legislazione del vostro paese, per il rischio:

☐ malattia e maternità (⁵)

☐ decesso (assegno)

☐ invalidità (⁶)

4.	Istituzione competente		
4.1	Denominazione:		
4.2	Numero di identificazione dell'istituzione:		
4.3	Indirizzo:		
4.4	Timbro	4.5	Data:
		4.6	Firma:

Parte B

5. La persona di cui al punto 2

5.1 ☐ è stata assicurata per il rischio malattia-maternità a decorrere dalla data di cui al punto 3.1⁽⁷⁾5.2 ☐ ha completato dal

6.	i seguenti periodi di assicurazione o di occupazione per le seguenti prestazioni: ⁽⁶⁾		
6.1	dal	al ⁽⁸⁾	per ⁽⁹⁾ il rischio ☐ ⁽¹⁰⁾
6.2	dal	al ⁽⁸⁾	per ⁽⁹⁾ il rischio ☐ ⁽¹⁰⁾
6.3	dal	al ⁽⁸⁾	per ⁽⁹⁾ il rischio ☐ ⁽¹⁰⁾
6.4	dal	al ⁽⁸⁾	per ⁽⁹⁾ il rischio ☐ ⁽¹⁰⁾
6.5	dal	al ⁽⁸⁾	per ⁽⁹⁾ il rischio ☐ ⁽¹⁰⁾
6.6	dal	al ⁽⁸⁾	per ⁽⁹⁾ il rischio ☐ ⁽¹⁰⁾
6.7	dal	al ⁽⁸⁾	per ⁽⁹⁾ il rischio ☐ ⁽¹⁰⁾
6.8	dal	al ⁽⁸⁾	per ⁽⁹⁾ il rischio ☐ ⁽¹⁰⁾
6.9	dal	al ⁽⁸⁾	per ⁽⁹⁾ il rischio ☐ ⁽¹⁰⁾
6.10	dal	al ⁽⁸⁾	per ⁽⁹⁾ il rischio ☐ ⁽¹⁰⁾

7.	I seguenti periodi di residenza:		
7.1	dal	al ⁽⁸⁾	per ⁽⁹⁾ il rischio ☐ ⁽¹⁰⁾
7.2	dal	al ⁽⁸⁾	per ⁽⁹⁾ il rischio ☐ ⁽¹⁰⁾
7.3	dal	al ⁽⁸⁾	per ⁽⁹⁾ il rischio ☐ ⁽¹⁰⁾
7.4	dal	al ⁽⁸⁾	per ⁽⁹⁾ il rischio ☐ ⁽¹⁰⁾
7.5	dal	al ⁽⁸⁾	per ⁽⁹⁾ il rischio ☐ ⁽¹⁰⁾
7.6	dal	al ⁽⁸⁾	per ⁽⁹⁾ il rischio ☐ ⁽¹⁰⁾
7.7	dal	al ⁽⁸⁾	per ⁽⁹⁾ il rischio ☐ ⁽¹⁰⁾
7.8	dal	al ⁽⁸⁾	per ⁽⁹⁾ il rischio ☐ ⁽¹⁰⁾
7.9	dal	al ⁽⁸⁾	per ⁽⁹⁾ il rischio ☐ ⁽¹⁰⁾
7.10	dal	al ⁽⁸⁾	per ⁽⁹⁾ il rischio ☐ ⁽¹⁰⁾

8.	Istituzione che compila la parte B		
8.1	Denominazione:		
8.2	Numero di identificazione dell'istituzione:		
8.3	Indirizzo:		
8.4	Timbro	8.5	Data:
		8.6	Firma:

NOTE

- (¹) Sigla del paese dell'istituzione che per prima compila il modulo: B = 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; FIN = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.
- (²) Indicare le generalità complete nell'ordine dello stato civile.
- (³) Indicare le generalità complete nell'ordine dello stato civile.
- (⁴) Indicare lo Stato.
- (⁵) Soltanto se l'istituzione destinataria è belga, francese, greca, liechtensteinese o svizzera, indicare il rischio coperto utilizzando i seguenti codici: N = prestazioni in natura, E = prestazioni in denaro.
- (⁶) Per le istituzioni francesi e lettoni.
- (⁷) Compilare unicamente se l'istituzione competente è belga.
- (⁸) Se il certificato è destinato ad un'istituzione belga, ceca, greca, lettone, lituana, polacca o liechtensteinese, indicare se si tratta di periodi di attività subordinata o autonoma, utilizzando i codici seguenti: D = lavoratore subordinato; I = lavoratore autonomo.
Se il certificato è destinato ad un'istituzione tedesca, lituana, lussemburghese o polacca, indicare i periodi di assicurazione di cui alla sezione 7 utilizzando i seguenti codici: P = assicurazione obbligatoria; F = assicurazione volontaria.
- (⁹) Indicare il rischio coperto utilizzando i seguenti codici:
A = malattia e maternità; B = decesso (assegno); O = invalidità.
- (¹⁰) Se l'istituzione competente è cipriota, tedesca, irlandese, ungherese, austriaca o britannica, apporre un crocetta in questa casella, sempreché il periodo di assicurazione o di residenza corrisponda ad un periodo di occupazione effettiva; indicare il tipo di attività subordinata o autonoma.