

**CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ITALIA Y URUGUAY
 CONVENZIONE DI SICUREZZA SOCIALE TRA ITALIA E URUGUAY**

**SOLICITUD DE PRESTACION
 DOMANDA DI PRESTAZIONE**

N° DEL EXPEDIENTE EN ITALIA
 N° DELLA PRATICA IN ITALIA

N° DE ENLACE EN URUGUAY
 N° DI COLLEGAMENTO IN URUGUAY

N° DELLA PRATICA IN URUGUAY
 N° DEL EXPEDIENTE EN URUGUAY

(1) PRESTACION SOLICITADA URUGUAYANA
 DOMANDA DI PENSIONE URUGUAYANA

JUBILACION POR INVALIDEZ
 DI INVALIDITÀ
 JUBILACION ORDINARIA
 DI VECCHIAIA

PENSION DE SOBREVIVIENTES
 AI SUPERSTITI
 POR EDAD AVANZADA
 DI ANZIANITÀ

PRESENTADA POR
 PRESENTATA DA

1 APELLIDO (2) - COGNOME-

2 APELLIDO (2) - COGNOME -
 del/de la solicitante - del richiedente

NOMBRES - NOMI

ESTADO CIVIL (3)
 STATO CIVILE

SEXO
 SESSO **M F**

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO
 LUOGO E DATA DI NASCITA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD EN URUGUAY C.C.
 DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN URUGUAY

C.I.

DIRECCION DEL LUGAR DE RESIDENCIA
 INDIRIZZO DEL LUOGO DI RESIDENZA

Calle, n°, Via, n°,

piso, piano, depto, interno,

C.P., C.A.P.,

localidad y provincia, località e provincia,

DATOS DEL/DE LA ASECURADO/A FALLECIDO/A - DATI ANAGRAFICI RELATIVI ALL'ASSICURATO/A DEFUNTO/A
 (A CUMPLIMENTAR EN CASO DE PENSION DE SOBREVIVIENTES) - (DA COMPILARE NEL CASO DI PENSIONE AI SUPERSTITI)

1 APELLIDO (2)
 COGNOME

2 APELLIDO (2)
 COGNOME

NOMBRES
 NOMI

ESTADO CIVIL
 STATO CIVILE (3)

SEXO
 SESSO **M F**

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO
 LUOGO E DATA DI NASCITA

LUGAR Y FECHA DE FALLECIMIENTO
 LUOGO E DATA DEL DECESSO

LUGAR Y FECHA DEL MATRIMONIO (4)
 LUOGO E DATA DEL MATRIMONIO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD IN URUGUAY C.C.
 DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN URUGUAY

C.I.

DATOS DE FAMILIA - STATO DI FAMIGLIA

APELLIDOS Y NOMBRES COGNOMI E NOMI	PARENTESCO RELAZIONE DI PARENTELA	FECHA DE NACIMIENTO DATA DI NASCITA	ANOTACIONES ANNOTAZIONI

(1) Indicar con una "x" el casillero que interesa. / Contrassegnare con x la prestazione richiesta

(2) Para las mujeres casadas indicar tambien el apellido de soltera. / Per le donne coniugate indicare anche il cognome da nubile

(3) Soltero/a, casado/a, viudo/a, divorciado/a, separado/a. Celibe/nubile, vedovo/a, coniugato/a, divorziato/a/

(4) A complimentar en caso de pension por viudo/a. Da compilare in caso pensione per vedovo/a

**OTROS DATOS RELATIVOS AL/A LA ASEGURADO/A
ALTRE NOTIZIE CONCERNENTI L'ASSICURATO/A**

ULTIMA OCUPACION BAJO DEPENDENCIA EN ITALIA: - *ULTIMA OCCUPAZIONE IN ITALIA PRESSO TERZI:*

INDICAR ACTIVIDAD EJERCIDA Y LUGAR DE TRABAJO (MUNICIPIO Y PROVINCIA)

PRECISARE L'ATTIVITÀ LAVORATIVA ESERCITATA E LA LOCALITÀ IN CUI IL LAVORO È STATO EFFETTUATO (COMUNE E PROVINCIA)

ULTIMA OCUPACION EN ITALIA COMO TRABAJADOR AUTONOMO:

ULTIMA OCCUPAZIONE IN ITALIA IN QUALITÀ DI LAVORATORE AUTONOMO:

INDICAR EL CARACTER Y LUGAR DE TRABAJO (MUNICIPIO Y PROVINCIA)

PRECISARE LA RELATIVA QUALIFICA E INDICARE LA LOCALITÀ IN CUI IL LAVORO È STATO EFFETTUATO (COMUNE E PROVINCIA)

FECHA DE CESACION DE LA ULTIMA OCUPACION EN ITALIA: *DATA DI CESSAZIONE DELL'ULTIMA OCCUPAZIONE IN ITALIA:*

COMO TRABAJADOR DEPENDIENTE - *COMO TRABAJADOR DEPENDIENTE*

COMO TRABAJADOR AUTONOMO - *IN QUALITÀ DI LAVORATORE AUTONOMO*

NUMERO DE AFILIACION EN ITALIA (SI SE CONOCE)

NUMERO DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA IN ITALIA (SE CONOSCIUTO)

PERIODOS DE TRABAJO EN ITALIA - PERIODI DI LAVORO IN ITALIA

DESDE DAL	HASTA AL	ACTIVIDAD EJERCIDA ATTIVITÀ LAVORATIVA ESERCITATA	LUGAR DE TRABAJO (MUNICIPIO Y PROVINCIA) LOCALITÀ IN CUI IL LAVORO È STATO EFFETTUATO (COMUNE E PROVINCIA)	DENOMINAC. Y SEDE DEL INSTITUTO COMPETENTE DENOMINAZIONE E SEDE DELL'ISTITUZIONE COMPETENTE

N.B. Si el asegurado ha hecho el servicio militar, agregar el certificado matricular para la eventual averiguacion.

Se l'assicurato ha prestato servizio militare, allegare il foglio matricolare per l'eventuale riconoscimento.

Si el asegurado ha cumplido periodos de trabajo forzado o internacion civil, de carcel de confinamiento, ex patriado como perseguido politico acompanar la respectiva documentacion.

Se l'assicurato ha compiuto periodi di lavoro coatto o di internamento civile, di carcere, di confino, espatrio quale perseguitato politico, allegare la relativa documentazione.

**PERIODOS DE TRABAJO EN OTROS PAISES QUE ITALIA Y URUGUAY
PERIODI DI LAVORO IN STATI DIVERSI DALL'ITALIA E DALL'URUGUAY**

DESDE DAL	HASTA AL	ACTIVIDAD EJERCIDA ATTIVITÀ LAVORATIVA ESERCITATA	PAIS DE TRABAJO STATO IN CUI IL LAVORO È STATO EFFETTUATO

EL SOLICITANTE <i>IL RICHIEDENTE</i>	GOZA <i>BENEFICIA</i>	NON GOZA EN ITALIA DE <i>NON BENEFICIA IN ITALIA DI</i>	(INDICAR CLASE DE PRESTACION) <i>(PRECISARE IL GENERE DI PRESTAZIONE GODUTA)</i>	
A CARGO DEL <i>A CARICO DEL</i>	(INDICAR LA INSTITUCION COMPETENTE) <i>(DENOMINAZIONE DELL'ISTITUZIONE COMPETENTE)</i>	DESDE <i>DAL</i>	CON EL N° <i>CON IL N°</i>	
Y EN LA REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY <i>E NELLA REPUBBLICA ORIENTALE DELL'URUGUAY</i>	GOZA <i>BENEFICIA</i>	NON GOZA DE <i>NON BENEFICIA DI</i>	(INDICAR CLASE DE PRESTACION) <i>(PRECISARE IL GENERE DI PRESTAZIONE GODUTA)</i>	
A CARGO DE <i>A CARICO DEL</i>	(INDICAR LA INSTITUCION COMPETENTE) <i>(DENOMINAZIONE DELL'ISTITUZIONE COMPETENTE)</i>	DESDE <i>DAL</i>	CON EL N° <i>CON IL N°</i>	EXPEDIENTE <i>PRATICA</i>

**DECLARACION A SER CUMPLIMENTADA POR EL SOLICITANTE DE LA JUBILACION ORDINARIA
(REGIMEN ITALIANO)**

DE CONFORMIDAD CON EL ART. 6 DE LA LEY N° 155 DEL 23/4/1981, LA JUBILACION ORDINARIA TIENE VIGENCIA A PARTIR DEL PRIMER DIA DEL MES SIGUIENTE AL DEL CUMPLIMIENTO DE LA EDAD JUBILATORIA O BIEN, EN LOS CASOS EN QUE A DICHA FECHA NO RESULTEN PERFECCIONADOS LOS REQUISITOS DE ANTIGUEDAD DE INSCRIPCION Y CONTRIBUCIONES, DESDE EL PRIMER DIA DEL MES SIGUIENTE EN EL QUE SE HAYAN PERFECCIONADO LOS MENCIONADOS REQUISITOS. EN CASO DE QUE EL INTERESADO DESEE, EN CAMBIO, QUE LA VIGENCIA DE LA JUBILACION SEA FIJADA A PARTIR DEL PRIMER DIA DEL MES SIGUIENTE AL DE PRESENTACION DE LA SOLICITUD, DEBERA SUSCRIBIR EL SIGUIENTE PEDIDO.

**DICHIARAZIONE DA COMPILARE A CURA DEL RICHIEDENTE LA PENSIONE DI VECCHIAIA
(REGIME ITALIANO)**

AI SENSI DELL'ART.6 DELLA LEGGE 23/4/1981 N° 155, LA PENSIONE DI VECCHIAIA DECORRE DAL 1° GIORNO DEL MESE SUCCESSIVO A QUELLO DAL QUALE L'ASSICURATO HA COMPIUTO L'ETA PENSIONABILE OVVERO NEI CASI IN CUI A TALE DATA NON RISULTINO PERFEZIONATI I REQUISITI DI ANZIANITA ASSICURATIVA E CONTRIBUTIVA, DAL 1° GIORNO DEL MESE SUCCESIVO A QUELLO IN CUI I REQUISITI SUDDETTI VENGONO RAGGIUNTI. OVE L'INTERESSATO DESIDERI, INVECE, CHE LA DECORRENZA DELLA PENSIONE VENGA FISSATA AL 1° GIORNO DEL MESE SUCCESSIVO A QUELLO DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA, DOVRA CHIEDERLO ESPRESSAMENTE.

EL SUSCRIPTO SOLICITA QUE, EN CASO DE ACEPTACION DE LA PRESENRT E SOLICITUD, LA JUBILACION LE SEA LIQUIDAD A PARTIR: (1)
IL SOTTOSCRITTO, IN RELAZIONE A QUANTO SOPRA, CHIEDE CHE, IN CASO DI ACCOGLIMENTO DELLA PRESENTE DOMANDA, LA PENSIONE GLI VENGA LIQUIDATA CON DECORRENZA: (1)

DEL PRIMER DIA DEL DEL MES SIGUIENTE AL CUMPLIMIENTO DE LA EDAD JUBILATORIA O DE PERFECCIONADO DE LOS REQUISITOS.

DAL PRIMO GIORNO DEL MESE SUCCESSIVO A QUELLO DEL COMPIMETO DELL'ETA PENSIONABILE DEL PERFEZIONAMENTO DEI REQUISITI.

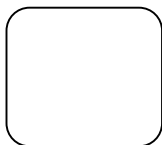
**DEL PRIMER DIA DEL MES SIGUIENTE A LA PRESENTACION DE LA MENCIONADA SOLICITUD
*DAL PRIMO GIORNO DEL MESE SUCCESSIVO ALLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA.***

.....
FIRMA - FIRMA

(1) Indicar con una X la prestacion solicitada / *Contrassegnare con una X la prestazione richiesta*

EL/LA SUSCRIPTO/A CONOCEDOR DE LAS CONSECUENCIAS CIVILES Y PENALES PREVISTAS POR AQUELLOS QUE HACEN DECLARACIONES FALSAS, DECLARA, BAJO SU RESPONSABILIDAD, QUE LAS CONTESTACIONES A LAS PREGUNTAS EN ESTE FORMULARIO SON DE CONFORMIDAD CON LA VERDAD.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A, CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO DICHIARAZIONI FALSE, DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, CHE LE RISPOSTE ALLE DOMANDE DI CUI AL PRESENTE FORMULARIO SONO CONFORMI AL VERO



.....
FIRMA DEL/DE LA SOLICITANTE O DE SU REPRESENTANTE LEGAL. (Si no sabe firmar, impresion digito pulgar).

FIRMA DEL/DELLA RICHIEDENTE OVVERO DEL SUO LEGALE RAPPRESENTANTE. (Se non sa firmare, impronta digitale).

Impresion digital (derecha-izquierda)
Impronta digitale (destra-sinistra)

LUGAR Y FECHA
LUOGO E DATA

DIRECCION COMPLETA
INDIRIZZO COMPLETO

CALLE, NUMERO - VIA, NUMERO CIVICO

C.P., - C.A.P.,

LOCALIDAD - LOCALITÀ,

PROVINCIA, - PROVINCIA,

PAIS - STATO

**A COMPLIMENTAR POR LA INSTITUCION COMPETENTE URUGUAYANA
DA COMPILARE DA PARTE DELL'ISTITUZIONE COMPETENTE URUGUAYANA**

FECHA DE RECEPTION DE LA SOLICITUD - LA DOMANDA È PERVENUTA IL

SE CERTIFICA QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN EL PRESENTE FORMULARIO HAN SIDO EXTRAIDOS DE LOS DOCUMENTOS ORIGINALES PRESENTADOS POR EL/LA INTERESADO/A.

SI ATTESTA CHE I DATI ANAGRAFICI RIPORTATI NEL PRESENTE FORMULARIO SONO STATI RILEVATI DAI DOCUMENTI ORIGINALI PRESENTATI DALL'INTERESSATO/A.

LUGAR Y FECHA - LUOGO E DATA

POR
PER

.....
SELLO FIRMA - TIMBRO FIRMA