

CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LA REPUBLICA DE ITALIA Y LA REPUBLICA DE VENEZUELA

(Art. 8, paragrafo 1, del Acuerdo Administrativo)

CONVENZIONE DI SICUREZZA SOCIALE TRA LA REPUBBLICA ITALIANA E LA REPUBBLICA DEL VENEZUELA

(Art. 8, paragrafo 1, dell'Accordo Amministrativo)

SOLICITUD DE PENSION ITALIANA
DOMANDA DI PENSIONE ITALIANA

N° cédula de identidad del asegurado en Venezuela

N° carta d'identità dell'assicurato in Venezuela

Prestación solicitada
*Domanda di pensione (1)*invalidez
*di invalidità*vejez
*di vecchiaia*sobrevivientes
*ai superstiti*Presentada por
*Presentata da***DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE / DATI ANAGRAFICI RELATIVI AL/ALLA RICHIEDENTE**Apellidos (2)
*Cognome(2)*Nombres
*Nome*N° di cédula de identidad en Venezuela
*N° di carta di identità in Venezuela*Estado civil
*Stato civile (3)*Sexo
*Sesso***M****F**Lugar y fecha de nacimiento
*Luogo e data di nascita*Nacionalidad
*Nazionalità*Dirección completa del lugar de residencia
Indirizzo completo del luogo di residenza

calle n°/via, n°

depto/interno

c.p./codice Postale

localidad/località

provincia/provincia

pais/stato

(1) Indicar con una "X" la prestación solicitada. / *Contrassegnare con X la prestazione richiesta*(2) Para las mujeres casadas indicar también 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, separato/a.*

DATOS DEL/DE LA ASECURADO/A FALLECIDO/A
a cumplimentar en caso de solicitud de pensión para sobrevivientes)
DATI ANAGRAFICI RELATIVI ALL'ASSICURATO/A DEFUNTO/A
(da compilare nel caso di domanda di pensione ai superstiti)

Apellidos (1)
Cognome

Nombres
Nome

Estado civil (2)
Stato civile

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 (3)
Luogo e data del matrimonio

DATOS DE FAMILIA / NOTIZIE CONCERNENTI I MEMBRI DELLA FAMIGLIA

Apellidos y nombres <i>Cognomi e nomi</i>	Parentesco <i>Relazione di parentela</i>	Fecha de nacimiento <i>Data di nascita</i>	Anotaciones <i>Annotazioni</i>

DATOS RELATIVOS A LOS PERIODOS DE TRABAJO EN ITALIA DE L'ASEGURADO /A
NOTIZIE CONCERNENTI I PERIODI DI LAVORO IN ITALIA DELL'ASSICURATO /A

Desde <i>Dal</i>	Hasta <i>Al</i>	Actividad ejercida <i>Attività lavorativa esercitata</i>	Lugar de trabajo (localidad y provincia) <i>Luoghi in cui il lavoro è stato effettuato (località e provincia)</i>	Denominación y sede de la Institución competente <i>Denominazione e sede dell'Ente Assicuratore</i>

Si el asegurado ha hecho el servicio militar agregar la respectiva documentación para la eventual averiguación.

Se l'assicurato ha prestato servizio militare, allegare la relativa documentazione per l'eventuale riconoscimento.

Si el asegurado ha cumplido periodos de trabajo forzado o internación civil, de carcel, de confinamiento, expatriado como perseguido politico agregar la respectiva documentación.

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.

DATOS RELATIVOS A LA ACTIVIDAD EJERCIDA POR PARTE DEL / DE LA SOLECITANTE A LA FECHA DE LA SOLESITUD

NOTIZIE CONCERNENTI L'ATTIVITA' LAVORATIVA SVOLTA DAL/DALLA RICHIEDENTE ALLA DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

El solicitante declara ejercer una actividad profesional
Il richiedente dichiara di esercitare un'attività professionale

Dependiente
Subordinata

Autónoma
Autónoma

Tipo de actividad
Tipo di attività

El solicitante declara no ejercer una actividad profesional desde
Il richiedente dichiara di non esercitare più una attività professionale dal

Dependiente
Subordinata

Autónoma
Autónoma

DECLARACION DE RESPONSABILIDAD / DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

El/La solicitante
Il/La richiedente

goza
beneficia

non goza
non beneficia

en Italia de
in Italia di

(indicar clase de prestación) / *(precisare il genere di prestazione goduta)*

a cargo del
a carico del

(denominación de la Institución competente)
(denominazione dell'Istituzione competente)

desde
dal

con el N°
con il N°

y en la República de Venezuela
e nella Repubblica del Venezuela

goza
beneficia

non goza
non beneficia

de
de

(indicar clase de prestación) / *(precisare il genere di prestazione goduta)*

a cargo del
a carico del

(denominación de la Institución competente)
(denominazione dell'Istituzione competente)

desde
dal

con el N°
con il N°

**DECLARACION A SER CUMPLIMENTADA POR EL SOLICITANTE DE LA PENSION DE VEJEZ
DICHIARAZIONE DA COMPILARE A CURA DEL RICHIEDENTE LA PENSIONE DI VECCHIAIA**

De conformidad con el art. 6 de la ley n. 155 del 23/4/1981, la pension de vejez 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 antigüedad de inscripción 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 pensión sea fijada a partir del primer dia del mes siguiente al de presentacion de la solitud debiera suscribir el siguiente pedido.

Ai sensi dell'art. 6 della legge 23/4/1981 n. 155 la pensione di vecchiaia decorre dal primo giorno del mese successivo a quello dal quale l'assicurato ha compiuto l'età pensionabile ovvero, nei casi in cui a tale data non risultino perfezionati i requisiti di anzianità assicurativa e contributiva, dal primo giorno del mese successivo a quello in cui i requisiti suddetti vengono raggiunti. Ove l'interessato desideri, invece, che la decorrenza della pensione venga fissata al primo giorno del mese successivo a quello di presentazione della domanda, dovrà chiederlo espressamente.

El suscribe solicita que, en caso de aceptación de la presente solicitud, la pensión le sea liquidada 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 premier dia del mes siguiente al cumplimiento de la edad jubilatoria o de perfeccionado de los requisitos.
dal primo giorno del mese successivo a quello del compimento dell'età pensionabile o del perfezionamento dei requisiti.
del premier dia del mes siguiente a la presentación de la mencionade solitud.
dal primo giorno del mese successivo alla presentazione della domanda.**

FIRMA _____

1) Indicar con una X el casillero que interesa / *Contrassegnare con una X la casella che interessa.*

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ / DECLARACION DE RESPONSABILIDAD

El/La suscrito/a conecedor de las consecuencias civiles y penales previstas para aquellos que hacen declaraciones falsas, DECLARA, bajo su responsabilidad, que las respuestas a las preguntas de este formulario son verdaderas. El/La suscrito/a se compromete a suministrar de immediate a la institución italiana competente cualquier cambio o variación que pudiera sobrevenir en relación a las situaciones declaradas. El/La suscrito/a es conecedor que la falta o tardanza on la daclaración de dichas variaciones causará no sólo la responsabilidad prevista por la ley, sino también el reintegro de los montos que resulten cobrados indebitamente.

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.

Il/La sottoscritto/a si impegna inoltre a segnalare tempestivamente alla competente istituzione italiana ogni e qualsiasi variazione che dovesse verificarsi rispetto alle situazioni dichiarate.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che la mancata o intempestiva segnalazione di tali variazioni comporterà oltre alle responsabilità previste dalla legge, il recupero delle somme che risulteranno indebitamente percepite.

Lugar y fecha / *Luogo e data*
Firma de la solicitante
Firma del/della richiedente

ADVERTENCIA: La presencia de dos (2) testigos es necesaria solamente si la solicitud es firmada con un signo de cruz (X).
En tal caso, los testigos que conocen el/la solicitante deben firmar en los espacios reservados y suministrar sus direcciones completas.

AVVERTENZA: *La presenza di due testimoni è necessaria solamente se la domanda è firmata con un segno di croce (X). In tal caso, i testimoni che conoscono il/la richiedente debbono apporre le loro firme negli spazi sotto riservati e fornire il loro indirizzo completo.*

1- Firma del testigo / *Firma del testimone*

2- Firma del testigo / *Firma del testimone*

1- Dirección del testigo / *Indirizzo del testimone*

2- Dirección del testigo / *Indirizzo del testimone*

**MANDATO DI ASSISTENZA E DI RAPPRESENTANZA
AUTORIZACION DE ASISTENCIA Y REPRESENTACION**

Delego al Patronato a representarme y asistirme gratuitamente en sede administrativa, según lo establecido por D.L.C.P.S. 29.7.1974, N. 804 y siguientes modificaciones y integraciones; a tal fin, elijo como domicilio, según lo previsto en el artículo 47 del Código Civil, la sede donde se encuentra el mencionado patronato.

La presente autorización vale para todas las fases del procedimiento administrativo para fines del otorgamiento de la prestación y sólo puede ser revocado por escrito.

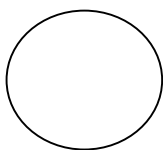
Delego il Patronato a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente in sede amministrativa, ai sensi e per gli effetti di cui al D.L.C.P.S. 29.7.1974, N. 804 e successive modificazioni ed integrazioni e, a tal fine, eleggo domicilio a norma dell'art. 47 del Codice Civile, presso la Sede del suddetto Patronato.

Il presente mandato vale per tutte le fasi del procedimento amministrativo ai fini del conseguimento della prestazione e può essere revocato solo per iscritto.

Fecha
Data

Firma
Firma

Sello
Timbro Ente Patronato



Opicina
Ufficio

Nº expediente
Nº pratica

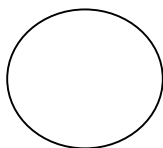
**A CUMPLIMENTAR POR LA INSTITUCION COMPETENTE ITALIANA
DA COMPILARE DA PARTE DELL'ISTITUZIONE COMPETENTE ITALIANA**

Fecha de recepción de la solicitud
La domanda è pervenuta il

Se certifica que los datos consignados en el preente formulario han sido verificados por esta Institución.
Si attesta che i dati anagrafici riportati nel presente formulario sono stati verificati da questo Istituto

Por
Per

Sello / Timbro



Lugar y Fecha / Luogo e Data

Firma / Firma

.....

.....

A entregar al/a la solicitante la pensión.
Da consegnare al/alla richiedente la pensione

COMPROBANTE DE SOLICITUD / RICEVUTA

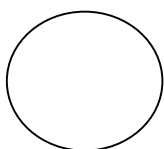
El/La Señor/a
Il/La Sig.ra

(Apellidos y nombres) / (Cognome e Nome)

Presento una solicitud de pensión de
Ha presentato una domanda di pensione di

a cargo del seguro social italiano en la fecha de
a carico dell'assicurazione italiana in data

Sello / Timbro



Firma / Firma

.....