



CERTIFICATO MEDICO PER LA CONCESSIONE DELLE PRESTAZIONI FAMILIARI

Reg. 1408/71: art. 73; art. 74; art. 77; art. 78
Reg. 574/72: art. 86; art. 88; art. 90; art. 91; art. 92

A. Richiesta di certificato

Da compilarsi a cura dell'istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari

1.	Persona che fa richiesta di prestazioni familiari			
	<input type="checkbox"/> Lavoratore subordinato		<input type="checkbox"/> Titolare di pensione o di rendita (regime lavoratori subordinati)	
	<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo		<input type="checkbox"/> Titolare di pensione o di rendita (regime lavoratori autonomi)	
	<input type="checkbox"/> Persone diverse da quelle summenzionate		<input type="checkbox"/> Orfano	

1.1. Cognome (1 bis)			
1.2. Nomi	Cognomi precedenti (1 bis)		Luogo di nascita (2)
.....			
1.3. Data di nascita	Sesso	Nazionalità	Numero d'identificazione/assicurazione (3)
.....			
1.4. Indirizzo (4)			
.....			

2.	Persona cui si riferisce il certificato medico			
2.1. Cognome (1 bis)				
2.2. Nomi	Cognomi precedenti (1 bis)			
.....				
2.3. Luogo di nascita (2)	Data di nascita	Sesso	Numero di identificazione/assicurazione (3)	
.....				
2.4. Indirizzo (4)				
.....				

3.	Istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari			
3.1. Denominazione				
3.2. Indirizzo (4)				
.....				
3.3. Numero di riferimento della pratica				
3.4. Timbro		3.5. Data		
		3.6. Firma		

B. Certificato

Da compilarsi a cura del medico incaricato dall'organismo di collegamento ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾ del paese di residenza della persona esaminata ed inviato all'istituzione di cui al punto 3.

4.

- 4.1. a) Le facoltà fisiche o mentali della persona esaminata sono diminuite non sono diminuite
In caso affermativo, si indichi la percentuale della diminuzione: %
- b) La persona esaminata è in grado di provvedere al proprio mantenimento
 non è in grado di provvedere al proprio mantenimento né di continuare la propria
formazione professionale con lo studio a motivo di disabilità fisica o mentale
- c) La persona esaminata è non è casalinga
In caso affermativo: è non è in grado di occuparsi delle faccende domestiche
- d) Osservazioni:
.
.
- e) Descrizione dello stato della persona esaminata:
.
.
.
- 4.2. Data d'inizio della disabilità o malattia (si richiede la massima precisione)
- 4.3. Durata probabile:
- 4.4. a) Una nuova visita medica è necessaria non è necessaria
b) In caso affermativo, data della visita:

5.

- 5.1. Cognome e nome del medico:
- 5.2. Indirizzo (4)
.
- 5.3. Data
- 5.4. Firma

ISTRUZIONI

Si prega di compilare il modulo in stampatello, scrivendo solo sulle linee tratteggiate. Esso è costituito da tre pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata, anche qualora non contenga alcuna indicazione. Il modulo deve essere compilato nella lingua del medico che rilascia il certificato.

NOTE

- (¹) Sigla del paese in cui è situata l'istituzione che compila il modulo: BE = 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; FI = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.
- (^{1 bis}) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi alla nascita. Per i cittadini portoghesi indicare tutte le generalità (nomi, cognomi, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto. Per l'Italia indicare il cognome da nubile.
- (²) Per il Portogallo, indicare anche la parrocchia e il comune.
- (³) Se il modulo è destinato a un'istituzione ceca, indicare il numero di nascita; se destinato a un'istituzione cipriota, il numero cipriota di identificazione per un cittadino cipriota o il numero di certificato di registrazione stranieri (ARC) per un cittadino straniero; per un'istituzione danese, indicare il numero CPR; per un'istituzione finlandese, indicare il numero di registro demografico; per un'istituzione svedese, indicare il numero personale (personnummer); per un'istituzione islandese, indicare il numero di identificazione personale (kennitala); per un'istituzione del Liechtenstein, indicare il numero di assicurazione AHV; per un'istituzione lituana indicare il numero di identificazione personale; per un'istituzione lettone indicare il numero di identità; per un'istituzione ungherese, indicare il numero TAJ (identificazione assicurazione sociale); per un'istituzione maltese, indicare il numero di carta d'identità per un cittadino maltese oppure il numero di sicurezza sociale maltese per un cittadino non maltese; per un'istituzione norvegese, indicare il numero di identificazione personale (fødselsnummer); per un'istituzione belga, indicare il numero nazionale di sicurezza sociale (NISS); per un'istituzione tedesca del regime generale assicurazione pensionistica, indicare il numero di assicurazione (VSNR); per un'istituzione spagnola, indicare il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (DNI) o N.I.E nel caso di cittadini stranieri, anche se la carta non è più valida; per un'istituzione polacca, indicare i numeri PESEL e NIP; per un'istituzione portoghese, indicare inoltre il numero di registrazione nel regime generale pensionistico, ove la persona interessata sia stata assicurata nel quadro del regime di sicurezza sociale per i dipendenti pubblici in Portogallo; per un'istituzione slovacca, indicare il numero di nascita; per un'istituzione slovena, indicare il numero di identificazione personale (EMŠO) e il numero fiscale; per un'istituzione svizzera, indicare il numero di assicurazione AVS/AI (AHV/IV); per un'istituzione italiana indicare il codice fiscale.
- (⁴) Via, numero, codice postale, località, Stato.
- (⁵) Oppure dal medico della Cassa designata dall'organismo di collegamento.
- (⁶) In Slovenia si tratta del medico di propria scelta.