

II

(Atti per i quali la pubblicazione non è una condizione di applicabilità)

COMMISSIONE**COMMISSIONE AMMINISTRATIVA
DELLE COMUNITÀ EUROPEE
PER LA SICUREZZA SOCIALE DEI LAVORATORI MIGRANTI****DECISIONE N. 144**

del 9 aprile 1990

che fissa i modelli dei formulari necessari all'applicazione dei regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72 del Consiglio (E 401—E 410 F)

(91/000/CEE)

LA COMMISSIONE AMMINISTRATIVA DELLE COMUNITÀ EUROPEE PER LA SICUREZZA SOCIALE DEI LAVORATORI MIGRANTI,

visto l'articolo 81, lettera a) del regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio, del 14 giugno 1971, relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati ed autonomi, nonché ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, in base al quale esse è incaricata di trattare le questioni di ordine amministrativo o interpretativo derivanti dal regolamento (CEE) n. 1408/71 e dai regolamenti successivi,

visto l'articolo 2, paragrafo 1, del regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio, del 21 marzo 1972, in base al quale essa stabilisce i modelli di certificati, attestati, dichiarazioni, domande ed altri documenti necessari all'applicazione dei regolamenti,

vista la decisione n. 130 del 17 ottobre 1985, che stabilisce e adegua i modelli dei formulari necessari all'applicazione dei regolamenti,

visto il regolamento (CEE) n. 3427/89 del Consiglio, del 30 ottobre 1989, che istaura per tutti gli Stati membri una soluzione comune al problema del pagamento delle prestazioni familiari ai familiari che non risiedono nel territorio dello Stato competente e che estende le sue disposizioni anche ai lavoratori autonomi,

considerando che è necessario adeguare i modelli dei formulari precedentemente citati, eliminarne alcuni rimasti senza oggetto, e redigerne altri ex novo per tener conto delle modifiche apportate dal regolamento (CEE) n. 3427/89;

considerando che le disposizioni relative alla lingua in cui vanno redatti i formulari sono contenute nella raccomandazione n. 15 della Commissione amministrativa,

DECIDE:

1. I modelli dei formulari E 401—E 410 F, di cui alla decisione n. 130, sono sostituiti dai modelli allegati; essi sono rimaneggiati nel modo seguente:
 - a) I modelli dei formulari E 401, E 402, E 403, E 404 ed E 405 sono modificati;
 - b) I modelli dei formulari E 406 F, E 407 F, E 408 F, E 409 F, E 410 F sono soppressi;
 - c) Nuovi modelli dei formulari E 406 F, E 407 F ed E 408 F sono istituiti.
2. Le autorità competenti degli Stati membri mettono a disposizione degli interessati (aventi diritto, istituzioni, datori di lavoro, ecc.) i formulari i cui modelli sono allegati alla presente decisione.
3. Ogni formulario è disponibile nelle lingue ufficiali delle Comunità e stampato in modo da permettere la perfetta sovrapposizione delle varie versioni, e ciò al fine di consentire a ciascuno dei destinatari (avente diritto, istituzione, datore di lavoro, ecc.) di ricevere il formulario nella propria lingua.

La presente decisione è applicabile a decorrere dal primo giorno del mese successivo alla sua pubblicazione sulla *Gazzetta ufficiale delle Comunità europee*.

Il Presidente della Commissione amministrativa
E. Mc CUMISKEY

E 401

(1)

ATTESTATO CONCERNENTE LA COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA PER LA CONCESSIONE DELLE PRESTAZIONI FAMILIARI

Reg. 1408/71: art. 73; art. 74; art. 77; art. 78
Reg. 574/72: art. 86.2; art. 88; art. 90; art. 91; art. 92

Allegare il presente formulario ad una domanda da inviare all'istituzione competente per le prestazioni familiari.

1	<input type="checkbox"/> Lavoratore subordinato	<input type="checkbox"/> Titolare di pensione (regime lavoratori subordinati)
	<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo	<input type="checkbox"/> Titolare di pensione (regime lavoratori autonomi)
	<input type="checkbox"/> Persona l'orfano è a carico	<input type="checkbox"/> Orfano
1.1	Cognome (1 bis)	
1.2	Nomi	Cognome da nubile (1 bis) Luogo di nascita (1 ter)
1.3	Data di nascita	Sesso Cittadinanza D.N.I. (1 quater)
1.4	Stato civile:	<input type="checkbox"/> celibe <input type="checkbox"/> coniugato <input type="checkbox"/> vedovo <input type="checkbox"/> divorziato <input type="checkbox"/> separato
1.5	Indirizzo nel paese di residenza dei familiari:	Via N.
	Codice postale	Luogo Stato

2	<input type="checkbox"/> Coniuge	<input type="checkbox"/> Coniuge divorziato o separato del lavoratore o del titolare di pensione	<input type="checkbox"/> Ascendente (padre o madre) superstite (1 quinquies)
	2.1	Cognome (1 bis)	
2.2	Nomi	Cognome da nubile	Luogo di nascita (1 ter)
2.3	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza D.N.I. (1 quater)
2.4	Esercita una professione:	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
2.5	Indirizzo (2):	Via	N.
	Codice postale	Luogo	Stato

3	Persona/e diversa/e dal coniuge, sotto il tetto della quale/delle quali vivono i familiari		
3.1	Cognome (1 bis) / Denominazione (persona giuridica)		
3.2	Nomi	Cognome da nubile	Luogo di nascita (1 ter)
3.3	Data di nascita	Sesso	Nazionalità D.N.I. (1 quater)
3.4	Rapporto di parentela con il/i figlio/i		
3.5	Esercita una professione:	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
3.6	Indirizzo:	Via	N.
	Codice postale	Luogo	Stato

4 Familiari diversi dal coniuge					
Cognome (1 bis)	Nomi	Data di nascita	Rapporti di parentela (3)	Luogo di residenza (4)	Professione
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

4.1 Osservazioni:

5 Informazioni ad uso esclusivo delle istituzioni danesi

5.1 Persona che esercita la patria potestà

5.2 L'erario provvede non provvede
al mantenimento dei figli.

5.3 La madre o il padre dei figli è non è deceduta/o
In caso affermativo: data di morte

5.4 La madre o il padre dei figli beneficia non beneficia
di una pensione di vecchiaia o invalidità.

6 Attestato dell'ufficio anagrafico o dell'amministrazione competente in materia di stato civile (2)

La veridicità delle informazioni di cui sopra è confermata dai documenti ufficiali in nostro possesso.

6.1 Denominazione ed indirizzo dell'ufficio (2):

6.2 Timbro

6.3 Data:

6.4 Firma

7 Denominazione ed indirizzo dell'istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari (rubrica riservata a detta istituzione)

7.1 Denominazione:

7.2 Indirizzo (2):

7.3 N. di riferimento della pratica:

②

AVVERTENZE

Il presente formulario va compilato in stampatello utilizzando esclusivamente le apposite linee punteggiate; è costituito da 3 pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata anche qualora non contenga alcuna indicazione. Deve essere compilato nella lingua dell'organismo di cui al riquadro 6.

NOTE

- (1) Sigla del paese dell'istituzione che compila il formulario: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.
- (1 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare le generalità complete (nomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.
- (1 ter) Per il Portogallo, indicare anche la parrocchia e il comune.
- (1 quater) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. Se manca, indicare «nulla».
- (1 quinquies) Salvo qualora sia già indicato al riquadro 1.
- (2) Via, numero, codice postale, luogo, Stato.
- (3) Indicare il rapporto di parentela di ciascun familiare con il lavoratore mediante le seguenti abbreviazioni:
 A = figlio legittimo. In Spagna, figlio nato nel matrimonio (matrimonial) e figlio nato fuori dal matrimonio (non matrimonial)
 B = figlio legittimato
 C = figlio adottivo
 D = figlio naturale (quando la dichiarazione è relativa ad un lavoratore di sesso maschile, si menzionino i figli naturali soltanto se ne è stata ufficialmente riconosciuta la paternità o l'obbligo alla corresponsione degli alimenti da parte del lavoratore stesso)
 E = figlio del coniuge che fa parte del nucleo familiare del lavoratore
 F = nipoti (ex filio), fratelli e sorelle che l'interessato ha accolto nel nucleo familiare. Anche i/le nipoti (ex fratre) fino al terzo grado, se l'istituzione competente è greca.
 G = altri minori che fanno parte del nucleo familiare permanente allo stesso titolo dei figli del lavoratore (minori dati in affidamento).
 Gli altri rapporti di parentela (ad esempio: nonno) devono essere scritti per esteso. Se un figlio è coniugato, divorziato o vedovo, lo si indichi al punto 4.1. «Osservazioni». Indicare se un figlio è orfano di padre o di madre, ad uso delle istituzioni greche.
- (4) Qualora il recapito di uno dei figli non fosse quello indicato alle voci 1.5, 2.5 o 3.6, indicarne l'indirizzo nella seguente rubrica:

Cognome e nomi:	.....
Indirizzo (2):	.....

- (5) In Spagna, «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Direzione provinciale dell'istituto nazionale della sicurezza sociale) del luogo di residenza, oppure l'«Autoridad Municipal» (autorità comunale), secondo il caso.
 In Francia, il municipio o la «Caisse d'allocations familiales» (cassa assegni familiari).
 In Irlanda, il «Department of Social Welfare» (Ministero della previdenza sociale), Dublino.
 In Portogallo, la «Junta de Freguesia» (Consiglio di parrocchia) del luogo di residenza dei familiari.
 Nel Regno Unito, il «Department of Social Security — Overseas Branch» (Ministero dei servizi sociali — Servizio Internazionale), Newcastle-upon-Tyne o il «Department of Health and Social Services — Overseas Branch» (Ministero della sanità e dei servizi sociali — Servizio internazionale), Belfast, secondo i casi.

CERTIFICATO DI PROSEGUIMENTO DEGLI STUDI 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. Domanda di certificato

Dovrà essere compilato dall'istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari; se è destinato ad una istituzione belga, si alleggi un formulario «E 402 allegato».

1	Persona che fa richiesta di prestazioni familiari			
	<input type="checkbox"/>	Lavoratore subordinato	<input type="checkbox"/>	Titolare di pensione (regime lavoratori subordinati)
	<input type="checkbox"/>	Lavoratore autonomo	<input type="checkbox"/>	Titolare di pensione (regime lavoratori autonomi)
	<input type="checkbox"/>	Persona che fa richiesta di prestazioni familiari ad altro titolo	<input type="checkbox"/>	Orfano
1.1	Cognome (1 bis)			.....
1.2	Nomi	Cognome da nubile (1 bis)	Luogo di nascita (1 ter)	
1.3	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza	D.N.I. (1 quater)
1.4	Indirizzo (?):			

2	Studente			
2.1	Cognome (1 bis)			
2.2	Nomi	Cognome da nubile		
2.3	Luogo di nascita (1 ter)	Data di nascita	Sesso	
2.4	Indirizzo (?):			

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

B. Attestato

Dovrà essere compilato dall'istituto (scuola o istituto d'insegnamento superiore o universitario) ed inviato all'istituzione menzionata alla rubrica 3.

4		
4.1	La persona di cui al la rubrica 2 frequenta il seguente istituto scolastico a decorrere dal	
4.2	Tipo di scuola (2):	
4.3	Si presume che gli studi presso detto istituto si protrarranno fino al	
4.4	L'insegnamento comporta	ore di corso settimanali.
	Tali ore sono ripartite in	mezze giornate (4).

5	Informazioni ad uso esclusivo delle istituzioni francesi o lussemburghesi	
5.1	La persona di cui alla rubrica 2 frequenta, nell'istituto indicato qui di seguito un corso	
	<input type="checkbox"/> a carattere generale	<input type="checkbox"/> a carattere tecnico o professionale
	<input type="checkbox"/> superiore o universitario	<input type="checkbox"/> altro (si precisi)
5.2	Casi particolari (si precisi):	
	<input type="checkbox"/> corsi per corrispondenza	<input type="checkbox"/> corsi serali
	<input type="checkbox"/> corsi di durata settimanale inferiore alle 20 ore	
	<input type="checkbox"/> corso di durata inferiore a quella dell'anno scolastico, dal al	
	<input type="checkbox"/> altri:	

6	Scuola o istituto superiore o universitario	
6.1	Denominazione:	
6.2	Indirizzo (2):	
6.3	Timbro	
	6.4	Data:
	6.5	Firma

AVVERTENZE

Il presente formulario deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate e nella lingua dell'istituto di cui al riquadro 6

NOTE

- (1) Sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A del formulario: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.
- (1 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare le generalità complete (nomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.
- (1 ter) Per il Portogallo, indicare anche la parrocchia e il comune.
- (1 quater) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. Se manca, indicare «nulla».
- (2) Via, numero, codice postale, luogo, Stato.
- (3) Indicare se si tratta di una scuola pubblica, privata o comunque sotto il controllo dello Stato. Da compilare esclusivamente quando l'istituzione di cui al quadro 3 è un'istituzione del Regno Unito o della Repubblica federale di Germania.
- (4) Da compilare se il formulario è destinato ad una istituzione belga, indicando il numero delle mezze giornate qualora trattasi di istruzione scolastica elementare o media.

E 402 Allegato

(1)

Da compilare se la richiesta di prestazioni familiari deve essere presentata ad un'istituzione belga.

1	Insegnamento impartito nell'istituto (che non sia una scuola superiore o un'università)		
1.1	In quante mezza giornate settimanali e in quante ore settimanali sono suddivisi i corsi?	mezze giornate	ore
1.2	I corsi	<input type="checkbox"/> sono impartiti	<input type="checkbox"/> non sono impartiti prima delle ore 19.
1.3	L'allievo	<input type="checkbox"/> segue regolarmente	<input type="checkbox"/> non segue regolarmente i corsi.
	In caso negativo, si indichi il numero di giorni di assenza ed il motivo:		
1.4	I corsi menzionati al punto 1.1		
(a)	<input type="checkbox"/> includono	<input type="checkbox"/> non includono le ore di tirocinio richieste per conseguire un diploma ufficiale.	
	In caso affermativo, si indichino la retribuzione o le indennità mensili nette percepite:		
(b)	<input type="checkbox"/> includono	<input type="checkbox"/> non includono il tempo dedicato agli esercizi pratici nell'istituto.	
	In caso affermativo, si indichi il numero di ore settimanali:		
(c)	<input type="checkbox"/> includono	<input type="checkbox"/> non includono il tempo dedicato allo studio nell'istituto.	
	In caso affermativo, si indichi il numero di ore settimanali:		
1.5	Tipo di scuola:		
	<input type="checkbox"/> generale	<input type="checkbox"/> tecnica	<input type="checkbox"/> artistica
1.6	Il programma		
	<input type="checkbox"/> è	<input type="checkbox"/> non è riconosciuto dallo Stato	
	<input type="checkbox"/> corrisponde	<input type="checkbox"/> non corrisponde ad un programma riconosciuto dallo Stato.	
1.7	Indicare i periodi di vacanza:		
	— Vacanze di Natale:	dal	al
	— Vacanze di Pasqua:	dal	al
	— Vacanze estive:	dal	al

2	Dati relativi all'insegnamento impartito nella scuola superiore o nell'università		
2.1	<input type="checkbox"/> Si tratta	<input type="checkbox"/> Non si tratta di un programma di studi a tempo pieno.	
	<input type="checkbox"/> Si tratta	<input type="checkbox"/> Non si tratta di un programma che comprende almeno 13 ore di corsi alla settimana, stabilito dallo studente previa autorizzazione dell'autorità accademica o scolastica.	
2.2	I corsi	<input type="checkbox"/> si svolgono	<input type="checkbox"/> non si svolgono prima delle ore 19.
2.3	I corsi di cui al punto 2.1	<input type="checkbox"/> comprendono	<input type="checkbox"/> non comprendono le ore di tirocinio richieste per conseguire un titolo accademico o un diploma.
	In caso affermativo, indicare la retribuzione o le indennità mensili nette percepite:		
2.4	Lo studente	<input type="checkbox"/> prepara	<input type="checkbox"/> non prepara una tesi.
	In caso affermativo, si indichi:		
	— da quando:	.....
	— quando dovrà discutere la tesi:	.....
2.5	Il programma		
	<input type="checkbox"/> è	<input type="checkbox"/> non è riconosciuto dallo Stato	
	<input type="checkbox"/> corrisponde	<input type="checkbox"/> non corrisponde ad un programma riconosciuto dallo Stato.	
2.6	Indicare i periodi di vacanza		
	— Vacanze di Natale:	dal	al
	— Vacanze di Pasqua:	dal	al
	— Vacanze estive:	dal	al

3	Scuola o istituto superiore o università
3.1	Denominazione:
3.2	Indirizzo (2):
3.3	Timbro
	3.4 Data:
	3.5 Firma



CERTIFICATO DI APPRENDISTATO E/O FORMAZIONE PROFESSIONALE 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. Domanda di certificato

Dovrà essere compilata dall'istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari.

1	Persona che fa richiesta di prestazioni familiari; se il formulario è destinato ad un'autorità francese accludere, in caso di formazione professionale, un formulario E 403 allegato			
	<input type="checkbox"/> Lavoratore subordinato	<input type="checkbox"/> Titolare di pensione (regime lavoratori subordinati)		
	<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo	<input type="checkbox"/> Titolare di pensione (regime lavoratori autonomi)		
	<input type="checkbox"/> Persona che fa richiesta di prestazioni familiari ad altro titolo	<input type="checkbox"/> Orfano		
1.1	Cognome (1 ^{bis})			.....
1.2	Nomi	Cognome da nubile (1 ^{bis})	Lugo di nascita (1 ^{ter})	
1.3	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza	D.N.I. (1 ^{quater})
1.4	Indirizzo (2):			

2	<input type="checkbox"/> Apprendista	<input type="checkbox"/> Tirocinante in formazione professionale		
2.1	Cognome (1 ^{bis})			.....
2.2	Nomi	Cognome da nubile		
2.3	Luogo di nascita (1 ^{ter})	Data di nascita	Sesso	
2.4	Indirizzo (2):			

3	Istituto competente per la concessione delle prestazioni familiari			
3.1	Denominazione:	.....	
3.2	Indirizzo (2):	.....	
3.3	N. di riferimento della pratica:			
3.4	Timbro	3.5	Data:	.....
		3.6	Firma	.....

B. Certificato

Dovrà essere compilato dalla persona, l'impresa o l'istituto incaricato dell'apprendistato ed inviato all'organismo incaricato del controllo dell'apprendistato, che a sua volta lo trasmetterà all'istituzione di cui al riquadro 3.

4 Informazioni relative all'apprendistato

4.1 L'apprendista, indicato alla pagina precedente, ci è stato affidato con decorrenza dal per essere formato nella professione di

4.2 L'apprendistato si svolge per: giorni a settimana ore a settimana si protrarrà fino al:

4.3 L'apprendista
 riceve
 un'indennità di apprendistato o un salario netto lordo pari a
 settimanale mensile
 altre prestazioni (2) pensione completa mezza pensione
 alloggio pasti al giorno altre (4)
 mance
dal al pari a:
 non riceve un'indennità di apprendistato o un salario altre prestazioni

4.4 Luogo di lavoro:

4.5 Nome della persona, dell'impresa o dell'istituto incaricato dell'apprendistato:

4.6 Indirizzo (2):

4.7 Timbro

4.8 Data:

4.9 Firma

5 Visto dell'organismo incaricato del controllo dell'apprendistato (2)

5.1 Denominazione:

5.2 Indirizzo (2):

5.3 Timbro

5.4 Data:

5.5 Firma

AVVERTENZE.

Il presente formulario va compilato in stampatello, utilizzando esclusivamente le apposite linee punteggiate; è costituito da 3 pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata anche qualora non contenga alcuna indicazione. Deve essere compilato nella lingua dell'organismo di cui al riquardo 5.

NOTE

- (1) Sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A del formulario: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.
- (1 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare le generalità complete (nomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.
- (1 ter) Per il Portogallo, indicare anche la parrocchia e il comune.
- (1 quater) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».
- (2) Via, numero, codice postale, luogo, Stato.
- (2 bis) Trattandosi di un tirocinante in formazione professionale, si compili il formulario E 403 Allegato ad uso delle istituzioni francesi.
- (3) Se il formulario è destinato ad un'istituzione del Regno Unito indicare separatamenti l'importo delle seguenti prestazioni:

Alloggio:	.....	Altre prestazioni:	.....
Pensione completa:	.....	
Mezza pensione:	.....	
Mance:	.....	
Pasti:	.....	

- (4) Precisare, ove del caso, le «altre prestazioni» nella rubrica seguente.

.....
.....
.....
.....

- (5) La presente rubrica va compilata:
in Irlanda, dal «Department of Social Welfare» (Ministero della previdenza sociale) Dublino, a meno che sia competente l'«Industrial Training Authority»;
in Italia, dall'Ufficio provinciale del lavoro e della massima occupazione;
nel Regno Unito, dal «Department of Social Security, Overseas Group» (Ministero della sicurezza sociale Servizio internazionale), Newcastle-upon-Tyne, oppure dal «Department of Health and Social Services, Overseas Branch» (Ministero della sanità e della sicurezza sociale, Servizio Internazionale), Belfast, secondo il caso.
- (6) In forza della legislazione francese si fa qui riferimento alle azioni di preformazione e preparazione alla vita professionale, intese a consentire a chiunque sia sprovvisto di qualificazione professionale e contratto di lavoro, di conseguire il livello necessario a consentirgli di frequentare un tirocinio di formazione professionale vero e proprio o di accedere direttamente alla vita professionale.
- (7) Si indichi l'importo riscosso nella moneta dello Stato membro nel territorio del quale è seguita la formazione professionale.
- (8) Sempreché un tale organismo esista nello Stato membro nel territorio del quale è seguita la formazione professionale.

E 403 Allegato

(*)

Da compilarsi qualora la domanda di prestazioni familiari debba essere presentata ad un'istituzione francese e sia relativa ad un tirocinante in formazione professionale (6).

1	Informazioni relative alla formazione professionale (6)
1.1	La persona di cui al riquadro 2 del formulario E 403 <input type="checkbox"/> segue una formazione professionale a decorrere dal <input type="checkbox"/> ha seguito una formazione professionale dal al'
1.2	Per tale formazione, la persona di cui trattasi ha un contratto di lavoro? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
1.3	Tipo di formazione seguita
1.4	Durata totale della formazione (mesi, settimane)
1.5	Numero di ore di formazione ● parte teorica <input type="checkbox"/> alla settimana, <input type="checkbox"/> al mese ● tirocini pratici <input type="checkbox"/> alla settimana, <input type="checkbox"/> al mese
1.6	L'interessato riscuote una retribuzione durante la formazione? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no In caso affermativo, tipo di retribuzione; importo mensile netto (?)
1.7	Luogo in cui la formazione è impartita
1.8	Nome della persona, dell'impresa o dell'istituzione incaricata della formazione professionale
1.9	Indirizzo (2)
1.10	Timbro
	1.11 Data:
	1.12 Firma

2	Visto dell'organismo incaricato del controllo della formazione professionale (6)
2.1	Denominazione:
2.2	Indirizzo (2):
2.3	Timbro
	2.4 Data:
	2.5 Firma

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. Domanda

Dovrà essere compilata dall'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 (regime lavoratori subordinati)
	<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo			<input type="checkbox"/> Titolare di pensione (regime lavoratori autonomi)
	<input type="checkbox"/> Persona che fa richiesta di prestazioni familiari ad altro titolo			<input type="checkbox"/> Orfano
1.1	Cognome (1 bis)			.....
1.2	Nomi	Cognome da nubile (1 bis)	Luogo di nascita (1 ter)	
1.3	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza	D.N.I. (1 quater)
1.4	Indirizzo (2):			

2	Persona cui si riferisce il certificato medico			
	2.1	Cognome (1 bis)		
	2.2	Nomi	Cognome da nubile	
	2.3	Luogo di nascita (1 ter)	Data di nascita	Sesso
	2.4	Indirizzo (2):		

3	Istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari			
	3.1	Denominazione:		
	3.2	Indirizzo (2):		
	3.3	N. di riferimento della pratica:		
	3.4	Timbro		
			3.5	Data:
		3.6	Firma	

B. Certificato

Dovrà essere compilato dal medico incaricato dall'organismo di collegamento del paese di residenza ⁽³⁾ della persona esaminata ed inviato all'istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari di cui al riquadro 3.

4

4.1 a) Le facoltà fisiche e psichiche della persona esaminata
 sono non, sono diminuite.
 In caso affermativo, si indichi la percentuale della diminuzione: %

b) La suddetta persona è in grado di provvedere al proprio mantenimento.
 non è in grado di provvedere al proprio mantenimento a causa di menomazione fisica o psichica.

c) La persona esaminata è non è casalinga
 In caso affermativo, è non è in grado di occuparsi delle faccende domestiche.

d) Eventuali osservazioni:

e) Descrizione dello stato della persona esaminata:

4.2 Data d'inizio della menomazione o malattia (fornire dati quanto mai precisi):

4.3 Durata probabile:

4.4 a) Una nuova visita medica è non è necessaria
 b) In caso affermativo, data della visita:

5

5.1 Cognome e nome del medico:

5.2 Indirizzo ⁽²⁾:

5.3 Data:

5.4 Firma

AVVERTENZE

Il presente formulario va compilato in stampatello, utilizzando esclusivamente le apposite linee punteggiate; è costituito da 3 pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata, anche qualora non contenga alcuna indicazione

NOTE

- (¹) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A del formulario: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.
- (^{1 bis}) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare le generalità complete (nomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.
- (^{1 ter}) Per il Portogallo, indicare anche la parrocchia e il comune.
- (^{1 quater}) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».
- (²) Via, numero, codice postale, luogo, Stato.
- (³) Oppure dal medico della Cassa designata dall'organismo di collegamento.
-

CERTIFICATO RELATIVO ALLA TOTALIZZAZIONE DEI PERIODI DI ASSICURAZIONE, DI OCCUPAZIONE O DI LAVORO AUTONOMO, OPPURE RELATIVO AI CASI DI LAVORO SUCCESSIVO IN PIÙ STATI MEMBRI, FRA LE DATE DI PAGAMENTO PREVISTE DALLA LEGISLAZIONE DI TALI STATI

Reg. 1408/71: art. 12; art. 72
Reg. 574/72: art. 10 bis; art. 85.2 e 3

Il presente formulario è rilasciato a richiesta dell'assicurato. L'istituzione competente, se del caso, si rivolge per ottenerlo all'istituzione presso la quale l'assicurato era iscritto da ultimo.

A. Dovrà essere compilato dall'istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari dalla quale dipende l'assicurato.

1	<input type="checkbox"/> Lavoratore subordinato	<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo	<input type="checkbox"/> Disoccupato
1.1	Cognome (1 bis)		
1.2	Nomi	Cognome da nubile (1 bis)	Luogo di nascita (1 ter)
1.3	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza
1.4	Stato civile	<input type="checkbox"/> celibe <input type="checkbox"/> divorziato	<input type="checkbox"/> coniugato <input type="checkbox"/> separato
1.5	Indirizzo (2):		

2	Persona che deve ricevere le prestazioni familiari		
2.1	Cognome (1 bis)		
2.2	Nomi	Cognome da nubile	Luogo di nascita (1 ter)
2.3	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza
2.4	Indirizzo (2):		

3	Periodo per il quale sono richieste le informazioni		
3.1	Dal..... al		
3.2	Nome e indirizzo del datore di lavoro (2 bis):		
3.3	Tipo di lavoro autonomo (2 bis):		

4	Istituzione a cui era iscritto l'assicurato in precedenza per un lavoro subordinato o autonomo		
4.1	Denominazione:		
4.2	Indirizzo (2):		

5	Istituzione del luogo di residenza dei familiari		
5.1	Denominazione:		
5.2	Indirizzo (2):		

6	Istituzione a cui l'assicurato è iscritto attualmente	
6.1	Denominazione:	.....
6.2	Indirizzo (2):	..... .....
6.3	N. di riferimento della pratica:	.....
6.4	Timbro	
	6.5	Data:
	6.6	Assinatura
	

B. Dovrà essere compilato dall'istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari alla quale l'assicurato era iscritto in precedenza.

7		
7.1	Si certifica che la persona di cui al riquadro 1	
7.2	è stata assicurata dal	al (3)
7.3	in (4)	
7.4	<input type="checkbox"/> Ha diritto	<input type="checkbox"/> Non ha diritto a prestazioni familiari.
7.5	Gli sono state corrisposte prestazioni familiari	
	dal	al

8	Istituzione da cui dipendeva in precedenza l'assicurato, in quanto lavoratore subordinato o autonomo	
8.1	Denominazione:	.....
8.2	Indirizzo (2):	..... .....
8.3	Timbro	
	8.4	Data:
	8.5	Firma
	

AVVERTENZE

Il presente formulario va compilato in stampatello, utilizzando esclusivamente le apposite linee punteggiate; è costituito da 3 pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata, anche qualora non contenga alcuna indicazione.

NOTE

- (1) Sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A del formulario: B = Belgio; DK = Danimarca; D = Germania; GR = Grecia; E = Spagna; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Lussemburgo; NL = Paesi Bassi; P = Portogallo; GB = Regno Unito.
- (1 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare le generalità complete (nomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.
- (1 ter) Per il Portogallo, indicare anche la parrocchia e il comune.
- (1 quater) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».
- (2) Via, numero, codice postale, luogo, Stato.
- (2 bis) Per il periodo che precede la data in cui il lavoratore si è trasferito nello Stato membro alla legislazione del quale è attualmente soggetto.
- (3) a) Per le istituzioni greche, indicare il numero di giornate di lavoro maturate nell'anno civile che precede l'anno in cui sono chieste le prestazioni familiari.
b) Per le istituzioni bleghe, indicare il numero di giornate di lavoro subordinato e autonomo nella rubrica in appresso:

n. di giornate di lavoro subordinato:	.....
n. di giornate di lavoro autonomo:	.....

c) Ad uso delle istituzioni francesi si indichino nella seguente rubrica il numero di giorni e ore di lavoro subordinato nonché la retribuzione lorda:

	Numero di giorni di lavoro subordinato	Numero di ore di lavoro subordinato	Reddito lavorativo lordo
Nel mese scorso			
Nei tre mesi scorsi			
Nei sei mesi scorsi			

(4) Stato nel quale il lavoratore ha svolto il lavoro cui si fa riferimento.

CERTIFICATO DI VISITE MEDICHE POST-NATALI

Regolamento 1408/71: art. 73; art. 74
Regolamento 574/72: art. 86; art. 88

Indicazioni per l'assicurato

Per aver diritto alle prestazioni familiari francesi, in virtù degli articoli 73 e 74, il figlio deve essere sottoposto a visite mediche post-natali obbligatorie, la prima durante il nono o il decimo mese di età, la seconda durante il ventiquattresimo o il venticinquesimo mese di età. La trasgressione di tale obbligo e il mancato rispetto dei termini comporta la perdita parziale del diritto a prestazioni.

A. Domanda di certificato

Dovrà essere compilata dall'istituzione competente per l'erogazione delle prestazioni familiari

1	<input type="checkbox"/> Lavoratore subordinato	<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo		
1.1	Cognome (1 bis)			
1.2	Nomi	Cognome da nubile (1 bis)	Luogo di nascita (1 ter)	
1.3	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza	D.N.I. (1 quater)
1.4	Indirizzo (?):			

2	Figlio cui si riferisce il certificato		
2.1	Cognome (1 bis)		
2.2	Nomi		
2.3	Luogo di nascita (1 ter)	Data di nascita	Sesso
2.4	Indirizzo (?)		

3	Istituzione competente per l'erogazione delle prestazioni familiari		
3.1	Denominazione:		
3.2	Indirizzo (?):		
3.3	N. di riferimento della pratica:		
3.4	Timbro	3.5. Data:	
		3.6. Firma	

B. Certificato

Dovrà essere compilato dal medico curante del figlio o dal medico scelto dalla persona cui egli è affidato.

4

- 4.1 Il figlio di cui alla rubrica 2 è stato sottoposto in data
- 4.2 a visita medica, durante il 9° o il 10° mese di età
- 4.3 a visita medica durante il 24° o il 25° mese di età

5

- 5.1 Cognome e nome del medico:
- 5.2 Indirizzo (2):
- 5.3 Data:
- 5.4 Firma

AVVERTENZE

Il presente formulario deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate.

NOTE

- (1) Sigla del paese alla legislazione del quale è soggetto il lavoratore: F = Francia.
- (1 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare le generalità complete (nomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.
- (1 ter) Per il Portogallo, indicare anche la parrocchia e il comune.
- (1 quater) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».
- (2) Via, numero, codice postale, luogo, Stato.

CERTIFICATO MEDICO PER L'ATTRIBUZIONE DELL'INDENNITÀ SCOLASTICA SPECIALE

Regolamento 1408/71: art. 73; art. 74
Regolamento 574/72: art. 86; art. 88

A. Domanda di certificato

Dovrà essere compilata dall'istituzione competente per l'erogazione delle prestazioni familiari

1	<input type="checkbox"/> Lavoratore subordinato	<input type="checkbox"/> lavoratore autonomo		
1.1	Cognome (1 bis)			
1.2	Nomi	Cognome da nubile (1 bis)	Luogo di nascita (1 ter)	
1.3	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza	D.N.I. (1 quater)
1.4	Indirizzo (2):			

2	Figlio cui si riferisce il certificato		
2.1	Cognome (1 bis)		
2.2	Nomi		
2.3	Luogo di nascita (1 ter)	Data di nascita	Sesso
2.4	Indirizzo (2):		

3	Istituzione competente per l'erogazione delle prestazioni familiari		
3.1	Denominazione:		
3.2	Indirizzo (2):		
3.3	N. di riferimento della pratica:		
3.4	Timbro	3.5	Data:
		3.6	Firma

B. Certificato

Dovrà essere compilato dal medico designato dall'istituzione del luogo di residenza dell'esaminato e inviato all'istituzione indicata al riquadro 3, corredata dei necessari recenti documenti di carattere medico a sostegno (fotografie, radiografie, referti medici, ecc.).

4

4.1. Età dell'esaminato al momento della visita: anni mesi
 Peso: kg, gr; statura: cm

4.2 Ritardo psicomotore
 Ritardo rispetto alla norma fisiologica: sì no
 In caso affermativo, di che tipo:

4.3 Autonomia
 L'esaminato è in grado di sedersi? sì no di camminare? sì no
 di parlare? sì no di vestirsi da solo? sì no
 di mangiare da solo? sì no

4.4 Assistenza
 Lo stato dell'esaminato richiede l'assistenza di terzi? sì no
 costante? sì no quotidiana ma discontinua? sì no
 o di altri interventi

4.5 Natura della menomazione principale
 La menomazione dell'esaminato è di natura
 sensoriale visiva
 auditiva
 motoria
 psichica: livello mentale
 comportamento
 altra

4.6 Menomazioni associate
 Quali?
 Altre compromissioni dell'efficienza somatopsichica

4.7 Altre osservazioni
 Menomazioni nella famiglia:.....
 Esami complementari già effettuati:
 (si allegano, ove del caso, le copie dei risultati)

4.8 Trattamenti, compresa rieducazione e riabilitazione. Che trattamento è in atto?

 A decorrere da quale data?.....
 Che trattamenti sono consigliati?

4.9 Interventi di istruzione e orientamento
 Che interventi sono in atto?

 A decorrere da quale data?.....
 Che interventi sono consigliati?

4.10 Probabile decorso
 Si precisi

5

5.1 Cognome e nome del medico:

5.2 Indirizzo (?):

5.3 Data:

5.4 Firma

AVVERTENZE

Il presente formulario va compilato in stampatello, utilizzando esclusivamente le apposite linee punteggiate; è costituito da 3 pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata, anche qualora non contenga alcuna indicazione. Il formulario va compilato nella lingua del medico che stila il certificato.

NOTE

- (¹) Indicare la sigla del paese alla legislazione del quale è soggetto il lavoratore: F = Francia.
- (^{1 bis}) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
- (^{1 ter}) Per i cittadini portoghesi, indicare le generalità complete (nomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.
- (^{1 ter}) Per il Portogallo, indicare anche la parrocchia e il comune.
- (^{1 quater}) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.); anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».
- (²) Via, numero, codice postale, luogo, Stato.
-

CERTIFICATO DI EROGAZIONE DI ASSEgni FAMILIARI IN APPLICAZIONE DEI VECCHI ARTICOLI 73 § 2 E 74 § 2

Regolamento 1408/71: art. 73; art. 74
Regolamento 574/72: art. 86; art. 88

A. Domanda di certificato

Dovrà essere compilata dall'istituzione francese competente per l'erogazione delle prestazioni familiari.

1	Lavoratore subordinato che presenta richiesta di prestazioni familiari francesi		
1.1	Cognome (1 bis)		
1.2	Nomi	Cognome da nubile (1 bis)	Luogo di nascita (1 ter)
1.3	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza
			D.N.I. (1 quater)
1.4	Stato civile	<input type="checkbox"/> celibe <input type="checkbox"/> divorziato	<input type="checkbox"/> coniugato <input type="checkbox"/> separato
1.5	Indirizzo (2):		

2	Coniuge		
2.1	Cognome (1 bis)		
2.2	Nomi	Cognome da nubile	Luogo di nascita (1 ter)
2.3	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza
			D.N.I. (1 quater)
2.4			
2.5	Indirizzo (2):		

3	Indirizzo/i successivo/i dei familiari durante il periodo cui si riferisce il certificato		
3.1	Dal	.....	al
	Indirizzo	.....	.....
3.2	Dal	.....	al
	Indirizzo	.....	.....
3.3	Dal	.....	al
	Indirizzo	.....	.....
3.4	Dal	.....	al
	Indirizzo	.....	.....

4	Istituzione/i del luogo di residenza dei familiari		
4.1	Denominazione	.....	.....
	Indirizzo	.....	.....
4.2	Denominazione	.....	.....
	Indirizzo	.....	.....
4.3	Denominazione	.....	.....
	Indirizzo	.....	.....

5

Domanda di certificato

5.1 Certificato relativo agli assegni familiari erogati in applicazione dei vecchi articoli 73 § 2 e 74 § 2 in relazione al diritto del lavoratore di cui al riquadro 1 per i seguenti periodi:

5.2 anno 1986

5.3 anno 1987

5.4 anno 1988

5.5 anno 1989

5.6 anno 1990 (da gennaio a marzo)

6

Istituzione francese competente per l'erogazione delle prestazioni familiari

6.1 Denominazione

6.2 Indirizzo (2):

6.3 N. di riferimento della pratica:

6.4 Timbrol

6.5 Data

6.6 Firma

B. Certificato di erogazione degli assegni familiari in applicazione dei vecchi articoli 73 § 2 e 74 § 2

Dovrà essere compilato dall'istituzione del luogo di residenza dei familiari, che ha erogato gli assegni familiari durante il periodo cui si riferisce il certificato.

7 Familiari per i quali sono stati versati assegni familiari nel paese di residenza					
Cognome (1 bis)	Nomi	Data di nascita	Rapporto di parentela	Luogo di residenza	Professione
1.
2.
3.
4.
5.

8 Certificato	
8.1	Gli assegni familiari sono stati erogati in relazione al diritto del lavoratore di cui al riquadro 1, per i periodi e gli importi seguenti (5):
8.2	<input type="checkbox"/> anno 1986:
8.3	<input type="checkbox"/> anno 1987:
8.4	<input type="checkbox"/> anno 1988:
8.5	<input type="checkbox"/> anno 1989:
8.6	<input type="checkbox"/> anno 1990 (da gennaio a marzo)
8.7	Osservazioni:

9 Istituzione e luogo di residenza dei familiari	
9.1	Denominazione:
9.2	Indirizzo (?):
9.3	Timbro
	9.4 Data:
	9.5 Firma

AVVERTENZE

Il presente formulario va compilato in stampatello, utilizzando esclusivamente le apposite linee punteggiate; è costituito da 4 pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata, anche qualora non contenga alcuna indicazione.

NOTE

- (1) Sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A del formulario: F = Francia.
- (1 bis) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi.
Per i cittadini portoghesi, indicare le generalità complete (nomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.
- (1 ter) Per il Portogallo, indicare anche la parrocchia e il comune.
- (1 quater) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. In mancanza, indicare «nulla».
- (2) Via, numero, codice postale, luogo, Stato.
- (3) Indicare il rapporto di parentela di ciascun familiare con il lavoratore mediante le seguenti abbreviazioni:
A = figlio legittimo. In Spagna, figlio nato nel matrimonio (matrimonial) e figlio nato fuori dal matrimonio (non matrimonial)
B = figlio legittimato
C = figlio adottivo
D = figlio naturale (quando la dichiarazione è relativa ad un lavoratore di sesso maschile, si menzionino i figli naturali soltanto se ne è stata ufficialmente riconosciuta la paternità o l'obbligo alla corresponsione degli alimenti da parte del lavoratore stesso)
E = figlio del coniuge che fa parte del nucleo familiare del lavoratore
F = nipoti (ex filio), fratelli e sorelle che l'interessato ha accolto nel nucleo familiare.
Anche i/le nipoti (ex fratre) fino al terzo grado, se l'istituzione competente è greca.
G = altri minori che fanno parte del nucleo familiare allo stesso titolo dei figli del lavoratore (minori dati in affidamento).
Gli altri rapporti di parentela (ad esempio: nonno) devono essere scritti per esteso. Se un figlio è coniugato, divorziato o vedovo, lo si indichi al punto 7.1. Indicare anche se un figlio è orfano di padre o di madre, ad uso delle istituzioni greche.
- (4) Qualora il recapito di uno dei figli non fosse quello indicato alla voce 2.5, indicarne l'indirizzo nella seguente rubrica:

Cognome e nomi: Indirizzo (2):

- (5) Per ogni periodo, indicare l'importo totale degli assegni versati, nella moneta dello Stato di residenza dei familiari. Se il periodo cui il certificato si riferisce è inferiore a un anno si precisino le date esatte.