

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. 155

del 6 luglio 1994

relativa ai modelli di formulari necessari all'applicazione dei regolamenti (CEE)
n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72 del Consiglio (E 401-E 411) ⁽¹⁾

(95/353/CE)

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, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della
Comunità, in base al quale la Commissione amministrativa è incaricata di trattare le
questioni di ordine amministrativo 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 dei certificati, attestati,
dichiarazioni, domande ed altri documenti necessari all'applicazione dei regolamenti,

vista la decisione n. 144 del 9 aprile 1990, la decisione n. 145 del 27 giugno 1990 e la
decisione n. 147 del 10 ottobre 1990 che stabiliscono e adattano i modelli di formulari
necessari all'applicazione dei regolamenti,

considerando che tali modelli devono essere adattati onde tener conto degli emendamenti
introdotti nella legislazione nazionale degli Stati membri;

considerando che l'accordo sullo Spazio economico europeo del 2 maggio 1992, modifi-
cato dal protocollo del 17 marzo 1993, allegato VI, dà attuazione ai regolamenti (CEE)
n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72 nell'ambito dello Spazio economico europeo;

⁽¹⁾ Decisione confermata per l'Austria, la Finlandia e la Svezia dalla decisione n. 157 della
Commissione amministrativa della Comunità europee del 1° luglio 1995.

considerando che, per decisione del Comitato misto SEE, i modelli di formulari necessari all'applicazione dei regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72 saranno adattati e applicati nell'ambito dello Spazio economico europeo;

considerando che, per motivi pratici, nell'ambito della Comunità e in quello dello Spazio economico europeo devono essere usati formulari identici;

considerando che, in vista della prevista partecipazione del Liechtenstein allo Spazio economico europeo in una fase successiva, detti formulari dovrebbero essere inoltre adattati per quanto concerne il Liechtenstein;

considerando che le disposizioni relative alla lingua di emissione dei formulari sono contenute nella raccomandazione n. 15 della Commissione amministrativa,

DECIDE:

1. I modelli dei formulari E 401-E 411 riportati nelle decisioni n. 144, n. 145, n. 146 e n. 147 saranno sostituiti dai modelli aggiunti qui di seguito con le seguenti modifiche:
 - a) viene introdotto il modello di formulario E 407;
 - b) vengono emendati i modelli dei formulari E 401, E 402, E 403, E 404, E 405, E 406 F ed E 411;
 - c) vengono eliminati i modelli dei formulari E 407 F, E 408 F, E 409 ed E 412 F;
 - d) viene conservato il formulario E 413 F che tuttavia non può essere utilizzato nell'ambito del SEE.
2. Le autorità competenti degli Stati membri mettono a disposizione degli interessati (aventi diritto, istituzioni, datori di lavoro, ecc.) i formulari conformi ai modelli allegati.
3. Ogni formulario è disponibile nelle lingue ufficiali della Comunità e sarà stampato in modo che le varie versioni siano perfettamente sovrapponibili, rendendo quindi possibile a ciascuno dei destinatari (avente diritto, istituzione, datore di lavoro, ecc.) di ricevere il formulario stampato nella propria lingua.
4. La presente decisione è applicabile a decorrere dal primo giorno del mese successivo alla pubblicazione nella *Gazzetta ufficiale delle Comunità europee*.

Il Presidente

della Commissione amministrativa

Arno BOKELOH

ATTESTATO CONCERNENTE LA COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA PER LA CONCESSIONE DELLA 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

A. Richiesta di certificato

1	☐ Lavoratore subordinato	☐ Titolare di pensione (regime lavoratori subordinati) (4)	
	☐ Lavoratore autonomo	☐ Titolare di pensione (regime lavoratori autonomi) (4)	
	☐ Persona di cui l'orfano è a carico	☐ Orfano	
1.1	Cognome (1a)		
1.2	Nomi	Cognomi precedenti (1a)	Luogo di nascita (2)
1.3	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza
1.4	Numero di identificazione		
1.5	Stato civile:	☐ celibe/nubile	☐ coniugato/a
		☐ divorziato/a	☐ vedovo/a
		☐ separato/a (5)	☐ convivente (6) (7)
1.6	Indirizzo nel paese di residenza dei familiari:		
	Via	N.	
	Codice postale	Luogo	Stato

2	☐ Coniuge	☐ Coniuge divorziato o separato dal lavoratore o dal titolare della pensione	
	☐ Superstite genitore (8)	☐ Coabitante (6) (7)	
2.1	Cognome (1a)		
2.2	Nomi	Cognomi precedenti (1a)	Luogo di nascita (2)
2.3	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza
2.4	Esercita una attività retribuita:	☐ SÌ	☐ NO
2.5	Indirizzo:		
	Via	N.	
	Codice postale	Luogo	Stato

3	Persona/e diversa/e dal coniuge sotto il cui tetto vivono i familiari (9)		
3.1	Cognome (1a)/Denominazione (persona giuridica)		
3.2	Nomi	Cognomi precedenti (1a)	Luogo di nascita (2)
3.3	Data di nascita	Sesso	Nazionalità
3.4	Rapporto di parentela con il/i figlio/i		
3.5	Esercita una attività retribuita:	☐ SÌ	☐ NO
3.6	Indirizzo:		
	Via	N.	
	Codice postale	Luogo	Stato

4

Familiari per i quali sono richieste le prestazioni familiari, che abitano con la persona citata al quadro 2 o al quadro 3

[illegible]

5

Denominazione e indirizzo dell'istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari

5.1 Denominazione:

5.2 Indirizzo ⁽¹²⁾:

5.3 Numero di riferimento della pratica:

B. Certificato

La parte B di questo certificato deve essere compilata dall'ufficio anagrafico o dall'amministrazione competente in materia di stato civile, nel paese di residenza del familiare ⁽¹³⁾.

6	Composizione della famiglia in cui abitano i familiari citati al quadro 4			
6.1	Cognome ^(1a)	Nomi	Data di nascita ⁽¹⁰⁾	Rapporto di parentela ⁽¹¹⁾
	1.			
	2.			
	3.			
	4.			
	5.			
	6.			
	7.			
	8.			
	9.			
	10.			
6.2	Osservazioni ⁽¹⁴⁾			

7	Informazioni da fornire qualora il formulario sia inviato alle autorità danesi, islandesi o norvegesi ⁽¹⁵⁾	
7.1	Persona che esercita la patria potestà	
7.2	Il mantenimento dei figli	☐ è a carico di fondi pubblici ☐ non è a carico di fondi pubblici
7.3	La madre e/o il padre dei figli	☐ sono/è ☐ non sono/è deceduti/a/o ⁽¹⁶⁾
	In caso affermativo: data di morte:	.....
7.4	La madre e/o il padre dei figli di una pensione di vecchiaia o invalidità	☐ beneficiano/beneficia ☐ non beneficiano/beneficia ⁽¹⁶⁾

8	Ufficio anagrafico o amministrazione competente in materia di stato civile ⁽¹³⁾	
	La veridicità delle informazioni di cui sopra è confermata dai documenti ufficiali in nostro possesso:	
8.1	Denominazione e indirizzo dell'ufficio anagrafico o dell'amministrazione competente ⁽¹²⁾ :	
8.2	Timbro	
	8.3	Data:
	8.4	Firma:

AVVERTENZE

Questo modulo va compilato in stampatello utilizzando esclusivamente le apposite linee punteggiate; è costituito di 4 pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata anche qualora non contenga alcuna indicazione. Il modulo deve essere compilato nella lingua dell'organismo di cui al punto 8.

NOTE

- * Accordo sullo Spazio economico europeo (SEE), allegato VI, sicurezza sociale. Ai fini di questo accordo, il presente modulo si applicherà anche ai paesi seguenti: Austria, Finlandia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia e Svezia.
- (1) Sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: 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; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia; S = Svezia.
- (1a) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi alla nascita.
Per i cittadini portoghesi, indicare le generalità complete (nomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine della stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.
- (2) Per il Portogallo, indicare anche la parrocchia e il comune.
- (3) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta di identità nazionale (D.N.I.) anche se scaduta. Se manca, indicare «nulla».
- (4) La Danimarca, il Liechtenstein e la Norvegia non distinguono tra titolare di pensione (regime lavoratori subordinati) e titolare di pensione (regime lavoratori autonomi).
- (5) Per la Norvegia, indicare la data di separazione
.....
- (6) Per la Danimarca, l'Islanda e la Norvegia.
- (7) Questa informazione si basa su una dichiarazione della persona interessata.
- (8) Se non precedentemente indicato al punto 1.
- (9) Per la legge portoghese le prestazioni familiari sono dovute ai figli di chi esercita una attività retribuita e anche dei pensionati. I discendenti oltre il primo grado (per esempio i nipoti) ex filio hanno diritto alle prestazioni familiari solo se tale diritto non è riconosciuto nell'ambito del regime di sicurezza sociale per entrambi i genitori.
- (10) Per la Danimarca e la Norvegia si indichino solo i figli di età inferiore ai 18 anni.
- (11) 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 (se il formulario è compilato per 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
F = nipoti, fratelli e sorelle che l'interessato ha accolto nel nucleo familiare. Anche i/le nipoti di zii 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 ai punti 4 e 6.1. Indicare se un figlio è orfano di padre o di madre, ad uso delle istituzioni greche.
- (12) Via, numero, codice postale, località, paese.
- (13) 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. Qualora si tratti di lavoratori marittimi, «Dirección Provincial del Instituto Social de la Marina» (Direzione provinciale dell'Istituto sociale della marina).
In Francia, il municipio o la «Caisse d'Allocations familiales» (Cassa assegni familiari).
In Irlanda, la «Child Benefit Section, Department of Social Welfare», St. Oliver Plunkett Road, Letterkenny, Co. Donegal.
In Portogallo, la «Junta de Freguesia» (Consiglio parrocchiale) del luogo di residenza dei familiari;
Nel Regno Unito, il «Department of Social Security, Benefits Agency, Child Benefit Centre» (Washington) (Ministero dei Servizi sociali, servizio prestazioni familiari, assegni familiari), PO Box 1, Newcastle-Upon-Tyne, NE 88 1AA, oppure la «Northern Ireland Social Security Agency, Child Benefit Office» (Agenzia per la sicurezza sociale nell'Irlanda del Nord, ufficio assegni familiari), Belfast, a seconda dei casi.
In Finlandia, la «Social Insurance Institution» (Ente per la sicurezza sociale), Helsinki.
In Svezia, la «Försäkringskassan» (Ufficio di assicurazione sociale) nel luogo di residenza.
- (14) Se il figlio risiede ad un indirizzo diverso da quello indicato al punto 2.5 o 3.6, si indichi l'altro indirizzo. Per la Norvegia, si indichi se il figlio risiede in un orfanotrofio, in una scuola speciale o in un altro istituto residenziale.
- (15) Completare solo nel caso in cui l'ufficio anagrafico disponga dei dati necessari.
- (16) Barrare il caso che non ricorre.

CERTIFICATO DI PROSECUZIONE 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. Richiesta di certificato

Da compilare a cura dell'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			
	☐ Lavoratore subordinato	☐ Titolare di pensione (regime lavoratori subordinati)		
	☐ Lavoratore autonomo	☐ Titolare di pensione (regime lavoratori autonomi)		
	☐ Persona di cui l'orfano è a carico	☐ Orfano		
1.1	Cognome (1a)			
1.2	Nomi		Cognomi precedenti (1a)	Luogo di nascita (2)
1.3	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza	D.N.I. (3)
1.4	Indirizzo (5):			

2	Studente			
2.1	Cognome (1a)			
2.2	Nomi		Cognomi precedenti (1a)	
2.3	Luogo di nascita (2) (4)	Data di nascita	Sesso	
2.4	Indirizzo (5):			

3	Istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari			
3.1	Denominazione:			
3.2	Indirizzo (5):			
3.3	N. di riferimento			
3.4	Timbro			
		3.5	Data	
		3.6	Firma	

B. Certificato

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

4			
4.1	La persona di cui al quadro 2 frequenta l'istituto scolastico di cui al quadro 6		
	dal		
4.2	L'anno scolastico è iniziato	(data)	
4.3	Tipo di scuola ⁽⁶⁾		
	In caso di frequenza presso un istituto privato, si indichi se lo studente segue il programma di studi approvato dallo Stato o un programma simile ⁽⁷⁾		
4.4	Si presume che gli studi presso detto istituto si protrarranno fino al		
4.5	L'insegnamento comporta	ore di corso settimanali	
	Tali ore sono ripartite in	mezze giornate ⁽⁸⁾	
4.6	Si indichino il numero di ore richieste per i compiti a casa	alla settimana ⁽⁹⁾	

5	Informazioni ad uso esclusivo delle istituzioni francesi, lussemburghesi e olandesi		
5.1	La persona di cui al quadro 2 ha frequentato l'istituto di cui al quadro 6, dove ha seguito un corso:		
	☐ di formazione generale	☐ a carattere tecnico o professionale	
	☐ superiore o universitario	☐ altro (si precisi)	
5.2	Casi particolari (si precisi):		
	☐ corsi per corrispondenza	☐ corsi serali	
	☐ corsi di durata settimanale inferiore alle 20 ore		
	☐ corso di durata inferiore a quella dell'anno scolastico, dal al		
	☐ altri		
5.3	Importo delle tasse universitarie ⁽⁹⁾		
5.4	La persona citata al quadro 2 riceve una borsa di studio ⁽⁶⁾		
	☐ Sì	☐ No	
5.4.1	Importo della borsa di studio		

6	Scuola o istituto superiore o universitario		
6.1	Denominazione		
6.2	Indirizzo ⁽⁵⁾		
6.3	Timbro		
	6.4	Data	.....
	6.5	Firma	.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate e nella lingua dell'Istituto di cui al quadro 6.

NOTE

- * Accordo sullo Spazio economico europeo (SEE), allegato VI, sicurezza sociale. Ai fini di tale accordo, il presente modulo si applica anche ai seguenti paesi: Austria, Finlandia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia e Svezia.
- (1) Sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: 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; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia; S = Svezia.
- (1a) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi alla nascita.
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.
- (2) Per il Portogallo, indicare anche la parrocchia e il comune.
- (3) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta di identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. Se manca, indicare «nulla».
- (4) Per i cittadini svedesi, questa informazione non può essere fornita, a meno che sia ritenuta assolutamente necessaria.
- (5) Via, numero, codice postale, località, paese.
- (6) Indicare se si tratta di una scuola pubblica, privata o comunque sotto il controllo dello Stato. Da completare esclusivamente quando l'istituzione di cui alla rubrica 3 si trova nel Regno Unito o in Germania.
- (7) Per le istituzioni tedesche.
- (8) Da compilare se il modulo è destinato ad un'istituzione belga o finlandese, indicando il numero delle mezze giornate qualora si tratti di istruzione scolastica elementare o media.
- (9) Per le istituzioni olandesi.
-

E 402 allegato

(1)

Da compilare a cura della scuola o dell'istituto universitario o di istruzione superiore che figura al quadro 2, qualora la richiesta di prestazioni familiari debba essere presentata ad un'istituzione belga

1

1.1 In quante mezzette giornate e in quante ore settimanali sono suddivisi i corsi?

mezzette giornate

.....

ore

.....

1.2 I corsi

☐

sono impartiti

☐

non sono impartiti prima delle 19

1.3 L'allievo

☐

segue regolarmente

☐

non segue regolarmente i corsi

In caso negativo si indichino il numero di giorni di assenze e il motivo

.....

1.4 I corsi menzionati al punto 1.1

a) ☐ comprendono☐

non comprendono

Le ore di tirocinio pratico al di fuori dell'istituto, richieste per ottenere un diploma ufficiale

In caso affermativo, si indichino la retribuzione o le indennità mensili lorde percepite

b) ☐ comprendono☐

non comprendono

Il tempo dedicato agli esercizi pratici nell'istituto

In caso affermativo, si indichi il numero di ore settimanali

c) ☐ comprendono☐

non comprendono

Il tempo dedicato allo studio nell'istituto

In caso affermativo, si indichi il numero di ore settimanali

1.5 Tipo di scuola:

☐ formazione generale☐

tecnica o professionale

☐

artistica

☐ istruzione superiore non universitaria☐

istruzione universitaria

1.6 Lo studente

☐

prepara

☐

non prepara

una tesi

In caso affermativo, si indichi:

— da quando?

— quando dovrà discutere la tesi?

1.7 Il programma di studi

☐ è☐

non è riconosciuto dallo Stato

☐ corrisponde☐

non corrisponde ad un programma riconosciuto dallo Stato

1.8 Indicare i periodi di vacanza

— Vacanze di Natale

dal

..... al

— Vacanze di Pasqua

dal

..... al

— Vacanze estive

dal

..... al

2

Scuola o istituto superiore o università

2.1 Denominazione:

.....

2.2 Indirizzo (5):

.....

2.3 Timbro

2.4 Data

2.5 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. Richiesta di certificato

Dovrà essere compilata dall'istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari. Se il modulo è inviato ad una istituzione francese si allega un modulo E 403 allegato, qualora l'interessato frequenti un corso di formazione professionale

1	Persona che fa richiesta di prestazioni familiari			
	☐ Lavorato subordinato	☐ Titolare di pensione (regime lavoratori subordinati)		
	☐ Lavoratore autonomo	☐ Titolare di pensione (regime lavoratori autonomi)		
	☐ Persona che fa richiesta di prestazioni familiari ad altro titolo	☐ Orfano		
1.1	Cognome (1a)			
1.2	Nomi		Cognomi precedenti (1a)	Luogo di nascita (2)
1.3	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza	D.N.I. (3)
1.4	Indirizzo nel paese di residenza dell'apprendista (4):			

2	☐ Apprendista	☐ Tirocinante in formazione professionale (5)		
2.1	Cognome (1a)			
2.2	Nomi		Cognomi precedenti (1a)	
2.3	Luogo di nascita (2)	Data di nascita	Sesso	
2.4	Indirizzo (4):			

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

B. Certificato

Dovrà essere compilato dalla persona, dall'impresa o dall'istituzione incaricata dell'apprendistato e inviato all'organismo incaricato del controllo dello stesso, che a sua volta lo trasmetterà all'istituzione menzionata al quadro 3

4	Informazioni relative all'apprendistato		
4.1	L'apprendista, indicato nel quadro 2, 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
4.3	L'apprendista ☐ riceve ☐ un'indennità di apprendistato o un salario ☐ netto ☐ lordo pari a ☐ settimanale ☐ mensile ☐ altre prestazioni ⁽⁶⁾ ☐ alloggio ☐ pensione completa ☐ mezza pensione ☐ mance ☐ pasti al giorno ☐ altre ⁽⁷⁾ 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, denominazione dell'impresa o dell'istituto incaricato dell'apprendistato:		
4.6	Indirizzo ⁽⁴⁾ :		
4.7	Timbro		
	4.8	Data	.....
	4.9	Firma	.....

5	Visto dell'organismo incaricato del controllo dell'apprendistato ⁽⁸⁾		
5.1	Denominazione:		
5.2	Indirizzo ⁽⁴⁾ :		
5.3	Timbro		
	5.4	Data	.....
	5.5	Firma	.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere 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 alla rubrica 5.

NOTE

- * Accordo sullo Spazio economico europeo (SEE), allegato VI, sicurezza sociale. Ai fini di questo accordo il presente modulo si applica anche ai seguenti paesi: Austria, Finlandia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia e Svezia.
- (1) Sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: 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; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia; S = Svezia.
- (1a) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi alla nascita.
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.
- (2) Per il Portogallo, indicare anche la parrocchia e il comune.
- (3) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta di identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. Se manca, indicare «nulla».
- (4) Via, numero, codice postale, località, Stato.
- (5) Per le istituzioni francesi, deve essere compilato il modulo E 403 allegato, se si tratta di una persona che segue un corso pratico di formazione professionale.
- (6) Se il modulo è destinato ad un'istituzione del Regno Unito, indicare separatamente l'importo delle seguenti prestazioni:

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

- (7) Precisare, se del caso, le «Altre prestazioni» nel quadro seguente

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

- (8) Questa rubrica deve essere compilata:
- in Irlanda, dalla «Child Benefit Section, Departement of Social Welfare», St. Oliver Plunkett Road, Letterkenny, Co. Donegal, nel caso di apprendisti che non sono controllati dall'Industrial Training Authority (FAS);
 - in Italia, dall'Ufficio provinciale del lavoro e della massima occupazione.
 - nel Regno Unito, dal «Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate», Newcastle-upon-Tyne.
 - nell'Irlanda del Nord dal «Social Security Agency Child Benefit Office».
- (9) In forza della legislazione francese si fa qui riferimento alle azioni di preformazione e preparazione alla vita professionale, intese a consentire a coloro che siano sprovvisti di qualificazioni professionali e contratto di lavoro, di conseguire il livello necessario per frequentare un corso di formazione professionale vero e proprio o per accedere direttamente alla vita professionale.
- (10) Si indichi l'importo riscosso nella moneta dello Stato membro nel territorio del quale è seguita la formazione professionale.
- (11) Sempreché un tale organismo esista nello Stato membro nel territorio del quale è seguita la formazione professionale.

E 403 allegato

(¹)

Da compilarsi qualora la domanda di prestazioni familiari debba essere presentata ad un'istituzione francese e sia relativa ad un tirocinante in formazione pratica professionale (⁹)

1	Informazioni relative alla formazione professionale (⁹)		
1.1	La persona di cui al quadro 2 del modulo E 403		
	☐	segue una formazione professionale a decorrere dal	
	☐	ha seguito una formazione professionale dal al	
1.2	Per tale formazione, la persona di cui trattasi ha un contratto di lavoro?		
	☐	sì	☐ no
1.3	Tipo di formazione impartita:		
1.4	Durata totale della formazione: (mesi, settimane)		
1.5	Numero di ore di formazione		
	● parte teorica	☐	alla settimana ☐ al mese
	● tirocini pratici	☐	alla settimana ☐ al mese
1.6	L'interessato riscuote una retribuzione durante la formazione? ☐ sì ☐ no		
	In caso affermativo, tipo di retribuzione		
	importo mensile netto (¹⁰):		
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 (⁴):		
1.10	Timbro		
	1.11	Data	.....
	1.12	Firma	.....

2	Visto dell'organismo incaricato del controllo della formazione professionale (¹¹)		
2.1	Denominazione:		
2.2	Indirizzo (⁴):		
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. Richiesta di certificato

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

1	Persona che fa richiesta di prestazioni familiari			
	☐ Lavoratore subordinato	☐ Titolare di pensione (regime lavoratori subordinati)		
	☐ Lavoratore autonomo	☐ Titolare di pensione (regime lavoratori autonomi)		
	☐ Persona che fa richiesta di prestazioni familiari ad altro titolo	☐ Orfano		
1.1	Cognome (1a)			
1.2	Nomi		Cognomi precedenti (1a)	Luogo di nascita (2)
1.3	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza	D.N.I. (3)
1.4	Indirizzo (4):			

2	Persona cui si riferisce il certificato medico			
2.1	Cognomi (1a)			
2.2	Nomi		Cognomi precedenti (1a)	
2.3	Luogo di nascita (2)	Data di nascita	Sesso	
2.4	Indirizzo (4):			

3	Istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari			
3.1	Denominazione:			
3.2	Indirizzo (4):			
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 ⁽⁵⁾ della persona esaminata ed inviato all'istituzione di cui al quadro 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 (si richiede la massima precisione)

.....

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 ⁽⁴⁾:

.....

5.3 Data

.....

5.4 Firma

.....

AVVERTENZE

Il presente modulo 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

- * Accordo sullo Spazio economico europeo (SEE), allegato VI, sicurezza sociale. Ai fini di questo accordo il presente modulo si applica anche ai seguenti paesi: Austria, Finlandia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia e Svezia.
- (1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: 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; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia; S = Svezia.
- (1a) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi alla nascita.
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.
- (2) Per il Portogallo, indicare anche la parrocchia e il comune.
- (3) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta di identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. Se manca, indicare «nulla».
- (4) Via, numero, codice postale, località, Stato.
- (5) 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 modulo 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

1	☐ Lavoratore subordinato	☐ Lavoratore autonomo	☐ Disoccupato
1.1	Cognome (1a)		
1.2	Nomi	Cognomi precedenti (1a)	Luogo di nascita (2)
1.3	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza
1.4	Stato civile	☐ celibe/nubile ☐ divorziato/a	☐ coniugato/a ☐ separato/a
1.5	Indirizzo (6)		

2	Persona che dovrebbe ricevere le prestazioni familiari		
2.1	Cognome (1a)		
2.2	Nomi	Cognomi precedenti (1a)	Luogo di nascita (2)
2.3	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza
2.4	Indirizzo (6)		

3	Periodo per il quale sono richieste le informazioni	
3.1	Dal al	
3.2	Nome e indirizzo del datore di lavoro (7)	
3.3	Tipo di lavoro autonomo (7)	

4	Istituzione a cui era iscritto/a l'assicurato/a in precedenza per un lavoro subordinato o autonomo	
4.1	Denominazione	
4.2	Indirizzo (6)	

5	Istituzione del luogo di residenza dei familiari	
5.1	Denominazione	
5.2	Indirizzo (6)	

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

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

7				
7.1	Si certifica che la persona di cui alla rubrica 1 è stato/a assicurato/a dal al (8)			
7.2	In (9)			
7.3	☐ Ha diritto ☐ Non ha diritto a prestazioni familiari			
7.4	Gli sono state corrisposte prestazioni familiari dal			
7.5	Familiari per i quali sono state corrisposte prestazioni familiari			
7.5.1	Cognome	Nomi	Data di nascita	Importo mensile
				
				
				
7.5.2	Vi è stato adeguamento di importi			

8	Istituzione a cui era iscritto in precedenza l'assicurato, in quanto lavoratore subordinato o autonomo		
8.1	Denominazione	.....	
8.2	Indirizzo (6)	.....	
8.3	Timbro	.....	
		8.4	Data
		8.5	Firma

9 Osservazioni

AVVERTENZE

Il presente modulo 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

- * Accordo sullo Spazio economico europeo (SEE), allegato VI, sicurezza sociale. Ai fini di questo accordo il presente modulo si applica anche ai seguenti paesi: Austria, Finlandia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia e Svezia.
- (1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: 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; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia; S = Svezia.
- (1a) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi alla nascita.
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.
- (2) Per il Portogallo, indicare anche la parrocchia e il comune.
- (3) 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».
- (4) Per le istituzioni della Danimarca, dell'Islanda e della Norvegia.
- (5) Questa informazione si basa su una dichiarazione della persona interessata.
- (6) Via, numero, codice postale, località, Stato.
- (7) Per il periodo che precede la data in cui il lavoratore si è trasferito nello Stato membro alla legislazione del quale è attualmente soggetto.
- (8) a) Per le istituzioni greche, indicare il numero di giornate di lavoro maturate nell'anno che precede l'anno in cui sono chieste le prestazioni familiari.
b) Per le istituzioni belghe, indicare qui appresso il numero di giornate di lavoro subordinato e autonomo:

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			

- (9) Stato in cui l'attività in questione è stata esercitata.
- _____

CERTIFICATO DI VISITE MEDICHE POSTNATALI

Reg. 1408/71: art. 73; art. 74
Reg. 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 comportano la perdita parziale del diritto a prestazioni.

A. Richiesta di certificato

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

1	☐ Lavoratore subordinato	☐ Lavoratore autonomo
1.1	Cognome (1a)	
1.2	Nomi	Cognomi precedenti (1a)
1.3	Data di nascita	Sesso
1.4	Indirizzo (2):	

2	Figlio/a cui si riferisce il certificato	
2.1	Cognome (1a)	
2.2	Nomi	
2.3	Luogo di nascita (1b)	Data di nascita
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 del/la figlio/a o dal medico scelto dalla persona cui esso/a è affidato/a

4

- 4.1 Il/La figlio/a di cui al quadro 2 è stato/a sottoposto/a in data
- 4.2 ☐ a visita medica, durante il 9° o il 10° mese di vita
- 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 modulo va compilato in stampatello, utilizzando esclusivamente le apposite linee punteggiate.

NOTE

* Accordo sullo Spazio economico europeo (SEE), allegato VI, sicurezza sociale. Ai fini di questo accordo il presente modulo si applica anche ai seguenti paesi: Austria, Finlandia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia e Svezia.

(1) Sigla del paese alla legislazione del quale è soggetto il lavoratore: F = Francia.

(1a) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi alla nascita.

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.

(1b) Per il Portogallo, indicare anche la parrocchia e il comune.

(1c) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta di identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. Se manca, indicare «nulla».

(2) Via, numero, codice postale, località, Stato.

CERTIFICATO MEDICO PER LA CONCESSIONE DI ASSEgni FAMILIARI SPECIALI O DEGLI ASSEgni FAMILIARI MAGGIORATI PER I FIGLI MINORATI

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

A. Richiesta di certificato

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

1	☐ Lavoratore subordinato	☐ Lavoratore autonomo
1.1	Cognome (1a)	
1.2	Nomi	Cognomi precedenti (1a)
1.3	Data di nascita	Sesso
1.4	Indirizzo (2):	

2	Figlio/a cui si riferisce il certificato		
2.1	Cognome (1a)		
2.2	Nomi		
2.3	Luogo di nascita (1b)	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 del figlio e inviato all'istituzione indicata nel quadro 3, corredato della necessaria documentazione medica (fotografie, radiografie, referti medici, ecc.)

4				
4.1	Età dell'esaminato/a al momento della visita		 anni	 mesi
	Peso:	kg	gr	statura cm
4.2	Ritardo psicomotorio			
	Ritardo rispetto alla norma fisiologica:		☐ SÌ	☐ NO
	In caso affermativo, di che tipo:			
4.3	Autonomia			
	Il figlio è in grado di sedersi senza aiuto?	☐ SÌ ☐ NO	Di camminare?	☐ SÌ ☐ NO
	Di parlare?	☐ SÌ ☐ NO	Di vestirsi da solo?	☐ SÌ ☐ NO
	Di mangiare da solo?	☐ SÌ ☐ NO	Di scrivere?	☐ SÌ ☐ NO ⁽³⁾
			È incontinente?	☐ SÌ ☐ NO ⁽³⁾
4.4	Assistenza			
	Lo stato del figlio richiede l'assistenza di terzi?		☐ SÌ	☐ NO
	Costante?	☐ SÌ ☐ NO	Quotidiana ma discontinua?	☐ SÌ ☐ NO
	o altri interventi (da precisare)			
4.5	Natura della menomazione principale			
	La menomazione del figlio è di natura			
	Sensoriale	— Visiva	.....	
		— Auditiva	.....	
	Motoria	.....		
	Psichica:	Livello mentale	.....	
		Comportamento	.....	
	Di altro genere			
4.6	Origine della menomazione ⁽³⁾			
	— Anomalia congenita	.....	☐ SÌ	☐ NO
	— Malattia	.....	☐ SÌ	☐ NO
	Data di inizio della menomazione	.....		
	— Incidente	.....	☐ SÌ	☐ NO
	Data dell'incidente	.....		
4.7	Menomazioni associate			
	Quali?	.....		
	Altre deficienze	.....		
4.8	Altre osservazioni			
	Menomazioni nella famiglia:			
	Esami complementari già effettuati:			
	(Si allegano, se del caso, le copie del referto)			
4.9	Trattamenti, compresa rieducazione e riabilitazione. Che trattamento è in atto?			
	A decorrere da quale data?			
	Che trattamenti sono consigliati?			
4.10	Interventi di istruzione e formazione			
	Che interventi sono in atto?			
	A decorrere da quale data?			
	Che interventi sono consigliati?			
4.11	Probabile decorso			
	Da precisare			

5

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

AVVERTENZE

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

NOTE

- * Accordo sullo Spazio economico europeo (SEE), allegato VI, sicurezza sociale. Ai fini di questo accordo il presente modulo si applica anche ai seguenti paesi: Austria, Finlandia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia e Svezia.
- (¹) Indicare la sigla del paese dell'istituzione che compila la parte A del modulo: 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; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia; S = Svezia.
- (^{1a}) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi alla nascita.
Per i cittadini protoghesi, indicare le generalità complete (nomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.
- (^{1b}) Per il Portogallo, indicare anche la parrocchia e il comune.
- (^{1c}) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta di identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. Se manca, indicare «nulla».
- (²) Via, numero, codice postale, località, Stato.
- (³) Da compilare solo se l'erogazione degli assegni familiari è di competenza di una istituzione belga.

DOMANDA DI INFORMAZIONE RIGUARDANTE IL DIRITTO A PRESTAZIONI FAMILIARI NEGLI STATI MEMBRI DI RESIDENZA DEI FAMILIARI

Reg. 1408/71: art. 76

Reg. 574/72: art. 10

A. Richiesta di certificato

L'istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari nello Stato membro in cui il lavoratore esercita la sua attività subordinata o autonoma, che desidera sapere se nello Stato membro di residenza dei familiari sussiste il diritto alle prestazioni familiari, compila la parte A in duplice copia e la trasmette all'istituzione del luogo di residenza dei familiari

1	☐ Lavoratore subordinato ☐ Lavoratore autonomo		
1.1	Cognome (1ª)		
1.2	Nomi	Cognomi precedenti (1ª)	Luogo di nascita (2)
1.3	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza
1.4	D.N.I. (3)		
1.4	Indirizzo (4):		

2	Coniuge (ex coniuge) o altra/e persona/e di cui verificare il diritto a prestazioni familiari nel paese di residenza dei familiari		
2.1	Cognome (1a)		
2.2	Nomi	Cognomi precedenti (1a)	Data di nascita
2.3	Indirizzo (4):		
2.4	Rapporto di parentela con i familiari indicati nel quadro 3		
2.5	Periodo per il quale sono richieste le informazioni		

[illegible]

4	Dati relativi all'attività svolta nel paese di residenza dei familiari
4.1	Datore di lavoro:
4.2	Indirizzo (*):
4.3	Attività autonoma:
4.4	Situazione assimilata ad un'attività professionale ai sensi della decisione n. 119:

5	Istituzione competente	
5.1	Denominazione	.....
5.2	Indirizzo (4):	.....
5.3	Numero di riferimento della pratica (8):	.....
5.4	Timbro	.....
	5.5	Data
	5.6	Firma

B. Certificato

Da compilare a cura dell'istituzione competente del luogo di residenza dei familiari o del datore di lavoro della persona indicata nel quadro 2 (9)

6	Certificato rilasciato dall'istituzione competente per il pagamento delle prestazioni familiari del luogo di residenza dei familiari o del datore di lavoro	
6.1	La persona indicata nel quadro 2, per il periodo dal al	
	☐ Ha esercitato un'attività professionale (o si è trovata in una situazione assimilata ai sensi della decisione n. 119) dal al	
	☐ Non ha esercitato un'attività professionale (o non si è trovata in una situazione assimilata ai sensi della decisione n. 119) dal al	
6.2	La persona indicata nel quadro 2, per il periodo dal al	
	☐ Ha diritto alle prestazioni familiari per i familiari	
	☐ Importo complessivo delle prestazioni familiari:	
	☐ Non ha diritto alle prestazioni familiari, poiché:	
	☐ Non ha presentato domanda (10)	

7	Specificare le prestazioni familiari di cui al quadro 6, per singolo familiare (11)					
	Cognomi (1a)	Nomi	Data di nascita	Rapporto di parentela	Luogo di residenza (7)	Importo (12)
						
						
						
						
						
						
						

8	Datore di lavoro della persona indicata nel quadro 2 (9)	
8.1	Nome o ragione sociale	.....
8.2	Indirizzo (4):	.....
8.3	Timbro	.....
	8.4	Data
	8.5	Firma

9	Istituzione del luogo di residenza dei familiari (13)	
9.1	Denominazione	.....
9.2	Indirizzo (4):	.....
9.3	Numero di riferimento della pratica:	.....
9.4	Timbro	.....
	9.5	Data
	9.6	Firma

AVVERTENZE

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

NOTE

- * Accordo sullo Spazio economico europeo (SEE), allegato VI, sicurezza sociale. Ai fini di questo accordo, il presente modulo si applicherà anche ai paesi seguenti: Austria, Finlandia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia e Svezia.
- (1) Sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: 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; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islanda; FL = Liechtenstein; N = Norvegia; S = Svezia.
- (1a) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi alla nascita.
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.
- (2) Per il Portogallo, indicare anche la parrocchia e il comune.
- (3) Per i cittadini spagnoli, indicare, se esiste, il numero che figura sulla carta di identità nazionale (D.N.I.), anche se scaduta. Se manca, indicare «nulla».
- (4) Via, numero, codice postale, località, Stato.
- (5) Indicare il rapporto di parentela di ciascun familiare con il lavoratore mediante le seguenti abbreviazioni:
A = figlio legittimo. In Spagna, figlio nato dal 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, fratelli e sorelle che l'interessato ha accolto nel nucleo familiare. Anche i/le nipoti di zii 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 (figli dati in affidamento).
Altri rapporti di parentela (per esempio: nonno) devono essere scritti per esteso.
- (6) Per le istituzioni norvegesi, indicare soltanto i figli di età inferiore ai 16 anni.
- (7) Se il familiare risiede ad un indirizzo diverso da quello citato al punto 2.3, indicarlo in questo punto.
Per le istituzioni norvegesi, indicare se il figlio/la figlia risiede in un orfanotrofio, presso una scuola speciale o un altro istituto residenziale.

Cognome e nomi:
Indirizzo (4):

- (8) Ad uso dell'istituzione mittente.
- (9) Il certificato deve essere compilato dal datore di lavoro solo se deve corrispondere le prestazioni familiari del paese di residenza.
- (10) In questo caso l'istituzione del luogo di residenza deve indicare l'importo delle prestazioni familiari che avrebbe corrisposto se ne fosse stata fatta richiesta. Qualora non siano disponibili informazioni sufficienti a tal fine, si indichino nella rubrica 7 gli importi stabiliti a termini di legge per ciascun familiare.
- (11) Per le prestazioni familiari norvegesi sarà indicato solo l'importo totale.
- (12) Se del caso, indicare gli importi di cui alla nota a piè di pagina (10).
- (13) Da completare a cura dell'istituzione del luogo di residenza dei familiari o, in mancanza, a cura dell'organismo di collegamento.