

CERTIFICATO RIGUARDANTE L'AGGREGAZIONE DEI PERIODI DI ASSICURAZIONE, OCCUPAZIONE O RESIDENZA

Malattia – maternità – decesso (assegno) – invalidità

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 9, paragrafo 2; articolo 18, paragrafo 1; articolo 38, paragrafo 1; articolo 64
Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 6, paragrafo 2; articolo 16; articolo 39, paragrafi 1 e 2; articolo 79

L'istituzione competente compila la parte A del modulo e ne invia due esemplari all'istituzione dello Stato membro alla cui legislazione la persona interessata è stata soggetta per ultimo. Tale istituzione compila la parte B e rinvia il modulo all'istituzione mittente. Se il modulo è fornito su richiesta della persona interessata, l'istituzione che lo rilascia compila le parti A.2 e B e lo consegna o trasmette alla persona interessata.

**Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate.
È costituito da 3 pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata.**

Parte A

1.	Istituzione destinataria
1.1	Denominazione:
1.2	Numero di identificazione dell'istituzione:
1.3	Indirizzo:

2.	Persona assicurata
2.1	Cognome(i) (2):
2.2	Nome(i) (3): Data di nascita:
2.3	Cognome da nubile:
2.4	Numero di identificazione personale:
2.5	A decorrere dalla data di cui al punto 3.1, la persona assicurata ha esercitato un'attività: <input type="checkbox"/> subordinata <input type="checkbox"/> autonoma (4)
2.6	<input type="checkbox"/> Nome dell'ultimo datore di lavoro <input type="checkbox"/> Ultima attività come lavoratore autonomo Indirizzo:
2.7	<input type="checkbox"/> Datori di lavoro precedenti: <input type="checkbox"/> Attività autonome precedenti: [nome e indirizzo]

3. Per dare un seguito alla richiesta presentata dalla persona assicurata di cui sopra, indicare i periodi di assicurazione, occupazione o residenza

3.1 dal

3.2 conformemente alla legislazione del vostro paese, per il rischio:
 malattia e maternità (5) decesso (assegno) invalidità (6)

4. Istituzione competente

4.1 Denominazione:

4.2 Numero di identificazione dell'istituzione:

4.3 Indirizzo:

4.4 Timbro

4.5 Data:

4.6 Firma:

Parte B

5. La persona di cui al punto 2

5.1 è stata assicurata per il rischio malattia-maternità a decorrere dalla data di cui al punto 3.1(7)

5.2 ha completato dal

6. i seguenti periodi di assicurazione o di occupazione per le seguenti prestazioni: (6)

6.1 dal al (8) per (9) il rischio (10)

6.2 dal al (8) per (9) il rischio (10)

6.3 dal al (8) per (9) il rischio (10)

6.4 dal al (8) per (9) il rischio (10)

6.5 dal al (8) per (9) il rischio (10)

6.6 dal al (8) per (9) il rischio (10)

6.7 dal al (8) per (9) il rischio (10)

6.8 dal al (8) per (9) il rischio (10)

6.9 dal al (8) per (9) il rischio (10)

6.10 dal al (8) per (9) il rischio (10)

7. I seguenti periodi di residenza:

7.1 dal al (8) per (9) il rischio (10)

7.2 dal al (8) per (9) il rischio (10)

7.3 dal al (8) per (9) il rischio (10)

7.4 dal al (8) per (9) il rischio (10)

7.5 dal al (8) per (9) il rischio (10)

7.6 dal al (8) per (9) il rischio (10)

7.7 dal al (8) per (9) il rischio (10)

7.8 dal al (8) per (9) il rischio (10)

7.9 dal al (8) per (9) il rischio (10)

7.10 dal al (8) per (9) il rischio (10)

8. Istituzione che compila la parte B

8.1 Denominazione:

8.2 Numero di identificazione dell'istituzione:

8.3 Indirizzo:

8.4 Timbro

8.5 Data:

8.6 Firma:

NOTE

- (1) Sigla del paese dell'istituzione che per prima compila il modulo: B = 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; FIN = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.
- (2) Indicare le generalità complete nell'ordine dello stato civile.
- (3) Indicare le generalità complete nell'ordine dello stato civile.
- (4) Indicare lo Stato.
- (5) Soltanto se l'istituzione destinataria è belga, francese, greca, liechtensteinese o svizzera, indicare il rischio coperto utilizzando i seguenti codici: N = prestazioni in natura, E = prestazioni in denaro.
- (6) Per le istituzioni francesi e lettoni.
- (7) Compilare unicamente se l'istituzione competente è belga.
- (8) Se il certificato è destinato ad un'istituzione belga, ceca, greca, lettone, lituana, polacca o liechtensteinese, indicare se si tratta di periodi di attività subordinata o autonoma, utilizzando i codici seguenti: D = lavoratore subordinato; I = lavoratore autonomo.
Se il certificato è destinato ad un'istituzione tedesca, lituana, lussemburghese o polacca, indicare i periodi di assicurazione di cui alla sezione 7 utilizzando i seguenti codici: P = assicurazione obbligatoria; F = assicurazione volontaria.
- (9) Indicare il rischio coperto utilizzando i seguenti codici:
A = malattia e maternità; B = decesso (assegno); O = invalidità.
- (10) Se l'istituzione competente è cipriota, tedesca, irlandese, ungherese, austriaca o britannica, apporre un crocetta in questa casella, sempreché il periodo di assicurazione o di residenza corrisponda ad un periodo di occupazione effettiva; indicare il tipo di attività subordinata o autonoma.