

**RICHIESTA DI UN ATTESTATO RIGUARDANTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA**

*Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 19, paragrafo 1, lettera a); articolo 19, paragrafo 2; articolo 22, paragrafo 1, lettere a), i, b), i e c), i); articolo 22, paragrafo 3; articolo 25, paragrafi 1, lettera a) e 3, lettera i); articolo 26, paragrafo 1; articolo 28, paragrafo 1, lettera a); articolo 29, paragrafo 1, lettera a); articolo 31, lettera a); articolo 52, lettera a); articolo 55, paragrafo 1, lettere a), i, b), i e c), i*

*Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 17, paragrafo 1; articolo 21, paragrafo 1; articolo 22, paragrafi 1 e 3; articolo 23; articolo 27 (prima frase); articolo 28; articolo 29, paragrafi 1 e 2; articolo 30, paragrafo 1; articolo 31, paragrafi 1 e 3; articolo 60, paragrafo 1; articolo 62, paragrafi 3, 4 e 7; articolo 63, paragrafi 1 e 3*

*L'istituzione del luogo di residenza o di dimora compila la parte A e invia due copie del modulo all'istituzione competente, tenendo conto delle disposizioni dei summenzionati articoli del regolamento (CEE) n. 574/72. Se l'istituzione ritiene di non potere inviare il modulo richiesto, deve compilare la parte B e rinviare una delle due copie all'istituzione mittente. Ove il paese competente sia il Belgio, il modulo va trasmesso all'istituto di assicurazione malattia, salvo nei casi in cui si tratti di infortunio sul lavoro accertato o di malattia riconosciuta come malattia professionale.*

**Il modulo deve esser compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. È costituito da 4 pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata.**

**A. Da compilare a cura dell'istituzione del luogo di residenza o di dimora**

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

2.	<input type="checkbox"/> La persona assicurata
2.1	Cognome(i) <sup>(2)</sup> : .....
2.2	Nome(i) <sup>(3)</sup> : ..... Data di nascita: .....
2.3	Cognome da nubile: .....
2.4	Indirizzo: .....
2.5	Numero di identificazione personale <sup>(4)</sup> : .....
2.6	<input type="checkbox"/> Titolare <input type="checkbox"/> Richiedente della pensione di <input type="checkbox"/> vecchiaia <input type="checkbox"/> invalidità <input type="checkbox"/> reversibilità <input type="checkbox"/> Infortunio sul lavoro <input type="checkbox"/> malattia professionale
2.7	Istituzione responsabile del versamento della pensione: .....

3.	<input type="checkbox"/> Ultimo datore di lavoro <sup>(5)</sup> <input type="checkbox"/> Ultima attività come lavoratore autonomo <sup>(5)</sup>
3.1	Denominazione: .....
3.2	Indirizzo: .....
3.3	Settore di attività <sup>(6)</sup> : .....
3.4	Istituto di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro presso il quale il datore di lavoro è assicurato <sup>(7)</sup> : .....

4. Familiare <sup>(8)</sup>				
4.1	Cognome(i) <sup>(2)</sup>	Nome(i) <sup>(3)</sup>	Data di nascita	Numero di identificazione personale <sup>(4)</sup>
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
4.2	Indirizzo nel paese di residenza <sup>(9)</sup> : .....			
	.....			

5. Il ..... abbiamo ricevuto una richiesta da parte della persona menzionata  
 al punto 2  al punto 4  
 per  
 5.1  la concessione di prestazioni in natura  
 5.2  il mantenimento del diritto alle prestazioni in natura  
 5.3  l'iscrizione presso la nostra istituzione come avente diritto alle prestazioni in natura

6. Le prestazioni in natura  sono state accordate  non sono state accordate  
 6.1 conformemente all'articolo  29, paragrafo 2  60, paragrafo 1  62, paragrafo 3 del reg. (CEE) n. 574/72.  
 6.2 Il richiedente  non ha più esercitato un'attività fino a questo momento  
 ha esercitato la seguente attività:  
 .....

7. Si prega di inviarcì l'attestato riguardante il diritto alle prestazioni su  
 modulo E .....  
 certificato che sostituisce temporaneamente la tessera di assicurazione sanitaria europea o la stessa tessera di assicurazione sanitaria europea (ove possa essere rilasciata a norma della legislazione dello Stato competente)  
 valido/a dal ..... al .....

8.  Rapporto medico accluso <sup>(10)</sup>

9. Istituzione del luogo di residenza o di permanenza	
9.1	Denominazione: .....
9.2	Numero di identificazione dell'istituzione: .....
9.3	Indirizzo: .....
9.4	Timbro
9.5	Data: .....
9.6	Firma: .....

**B. Da compilare a cura dell'istituzione competente**

10.	
10.1	<input type="checkbox"/> Accludiamo il modulo sopra menzionato. Si prega di rinviarci una copia debitamente compilata e firmata <sup>(11)</sup> .
10.2	<input type="checkbox"/> Non possiamo rilasciarvi il documento richiesto nella parte A, perché ..... .....

11.	Istituzione del luogo di residenza o di permanenza		
11.1	Denominazione: .....		
11.2	Numero di identificazione dell'istituzione: .....		
11.3	Indirizzo: ..... .....		
11.4	Timbro	11.5	Data: .....
		11.6	Firma: .....

## NOTE

- (1) Sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY=Cipro; LV = Lettonia; LT = Lituania; LU= Lussemburgo; HU = Ungheria; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portogallo; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; FI = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.
- (2) Indicare tutti i cognomi nell'ordine dello stato civile.
- (3) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.
- (4) Per le istituzioni italiane indicare il "codice fiscale".  
Per le istituzioni maltesi indicare il numero di carta d'identità per i cittadini maltesi; per i cittadini non maltesi indicare il numero di sicurezza sociale maltese.  
Per le istituzioni slovacche indicare il numero di nascita slovacco, se del caso.  
Per le istituzioni spagnole fornire il numero indicato sulla DNI per i cittadini spagnoli; per i cittadini non spagnoli il numero indicato sulla NIE. Se il periodo di validità della DNI o NIE è scaduto, indicare "nulla".
- (5) Compilare soltanto se il modulo riguarda un lavoratore subordinato o autonomo in attività o un lavoratore disoccupato.
- (6) Compilare soltanto se il modulo riguarda un lavoratore subordinato ritenuto vittima di un infortunio sul lavoro.
- (7) Per la Spagna: la "Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social" (direzione provinciale dell'istituto nazionale della sicurezza sociale) o la "Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Marina" (direzione provinciale dell'istituto sociale della marina) per il regime speciale dei marittimi.
- (8) Compilare soltanto per i familiari per i quali è stata presentata una domanda di registrazione. Per quest'ultima, indicare soltanto un familiare.
- (9) Compilare soltanto se l'indirizzo dei familiari è diverso da quello del capofamiglia.
- (10) Da accludere soltanto se necessario. In tal caso, apporre una X nella casella corrispondente.
- (11) Per le istituzioni olandesi e svizzere e se la natura del modulo da rinviare lo consente.