

**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 esclusivamente le apposite linee tratteggiate. È costituito da 3 pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata.**

**Parte A**

|           |   |
|-----------|---|
| <b>1.</b> | Istituzione destinataria                          |
| 1.1       | Denominazione: .....                              |
| 1.2       | Numero di identificazione dell'istituzione: ..... |
| 1.3       | Indirizzo: .....                                  |

|                             |   |                             |                              |                    |  |       |       |       |       |       |       |       |       |
|-----------------------------|---|-----------------------------|------------------------------|--------------------|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| <b>2.</b>                   | 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                         | Numero di identificazione personale: .....  |                             |                              |                    |  |       |       |       |       |       |       |       |       |
| 2.5                         | A decorrere dalla data di cui al punto 3.1, la persona assicurata ha esercitato un'attività<br>subordinata    autonoma .....  |                             |                              |                    |  |       |       |       |       |       |       |       |       |
| 2.6                         | Nome dell'ultimo datore di lavoro<br>Ultima attività come lavoratore autonomo<br>Indirizzo: .....   |                             |                              |                    |  |       |       |       |       |       |       |       |       |
| 2.7                         | <table> <tr> <td>Datori di lavoro precedenti</td> <td>Attività autonome precedenti</td> </tr> <tr> <td>[nome e indirizzo]</td> <td></td> </tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td></tr> </table> | Datori di lavoro precedenti | Attività autonome precedenti | [nome e indirizzo] |  | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Datori di lavoro precedenti | 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 <sup>(5)</sup>    decesso (assegno)    invalidità <sup>(6)</sup>

|           |   |       |                  |
|-----------|---|-------|------------------|
| <b>4.</b> | 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 <sup>(7)</sup>  
 5.2 ha completato dal .....

|           |   |          |     |                                     |      |
|-----------|---|----------|-----|-------------------------------------|------|
| <b>6.</b> | i seguenti periodi di assicurazione o di occupazione per le seguenti prestazioni: |          |     | <input type="text"/>                | (5)  |
| 6.1       | dal .....   | al ..... | (8) | per <sup>(9)</sup> il rischio ..... | (10) |
| 6.2       | dal .....   | al ..... | (8) | per <sup>(9)</sup> il rischio ..... | (10) |
| 6.3       | dal .....   | al ..... | (8) | per <sup>(9)</sup> il rischio ..... | (10) |
| 6.4       | dal .....   | al ..... | (8) | per <sup>(9)</sup> il rischio ..... | (10) |
| 6.5       | dal .....   | al ..... | (8) | per <sup>(9)</sup> il rischio ..... | (10) |
| 6.6       | dal .....   | al ..... | (8) | per <sup>(9)</sup> il rischio ..... | (10) |
| 6.7       | dal .....   | al ..... | (8) | per <sup>(9)</sup> il rischio ..... | (10) |
| 6.8       | dal .....   | al ..... | (8) | per <sup>(9)</sup> il rischio ..... | (10) |
| 6.9       | dal .....   | al ..... | (8) | per <sup>(9)</sup> il rischio ..... | (10) |
| 6.10      | dal .....   | al ..... | (8) | per <sup>(9)</sup> il rischio ..... | (10) |

|           |                                  |          |     |                                     |      |
|-----------|----------------------------------|----------|-----|-------------------------------------|------|
| <b>7.</b> | I seguenti periodi di residenza: |          |     |                                     |      |
| 7.1       | dal .....                        | al ..... | (8) | per <sup>(9)</sup> il rischio ..... | (10) |
| 7.2       | dal .....                        | al ..... | (8) | per <sup>(9)</sup> il rischio ..... | (10) |
| 7.3       | dal .....                        | al ..... | (8) | per <sup>(9)</sup> il rischio ..... | (10) |
| 7.4       | dal .....                        | al ..... | (8) | per <sup>(9)</sup> il rischio ..... | (10) |
| 7.5       | dal .....                        | al ..... | (8) | per <sup>(9)</sup> il rischio ..... | (10) |
| 7.6       | dal .....                        | al ..... | (8) | per <sup>(9)</sup> il rischio ..... | (10) |
| 7.7       | dal .....                        | al ..... | (8) | per <sup>(9)</sup> il rischio ..... | (10) |
| 7.8       | dal .....                        | al ..... | (8) | per <sup>(9)</sup> il rischio ..... | (10) |
| 7.9       | dal .....                        | al ..... | (8) | per <sup>(9)</sup> il rischio ..... | (10) |
| 7.10      | dal .....                        | al ..... | (8) | per <sup>(9)</sup> il rischio ..... | (10) |

|           |   |       |                  |
|-----------|---|-------|------------------|
| <b>8.</b> | 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; FI = 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 lettone.
  - (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 6 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.
-