

CONCESSIONE DI PRESTAZIONI IN DENARO IN CASO DI MATERNITÀ E DI INABILITÀ AL LAVORO

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 19, paragrafo 1, lettera b); articolo 22, paragrafo 1, lettera a).ii; articolo 25, paragrafo 1, lettera b); articolo 52, lettera b); articolo 55, paragrafo 1, lettera a).ii.

Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 18, paragrafi 6 e 8; articolo 24; articolo 26, paragrafo 7; articolo 61, paragrafi 6 e 8; articolo 64.

L'istituzione competente compila il presente modulo e lo invia all'istituzione del paese di residenza o di dimora. L'istituzione competente inoltre informa il lavoratore qualora le prestazioni in denaro siano corrisposte dall'istituzione del luogo di residenza o di dimora

Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. È costituito da 2 pagine.

1. Istituzione del luogo di residenza o di dimora

1.1 Denominazione:

1.2 Numero di identificazione dell'istituzione:

1.3 Indirizzo:

2. Riferimento: vostro modulo E 115 del (data)

3. Lavoratore subordinato Lavoratore autonomo Lavoratore disoccupato

3.1 Cognome(i) ⁽²⁾: Cognome da nubile (se diverso):

3.2 Nome(i): Data di nascita:

3.3 Indirizzo nel paese di residenza o di dimora:

3.4 Numero di identificazione personale:

4. La persona di cui al punto 3

4.1 ha diritto a titolo temporaneo alle prestazioni in denaro
dal al, con possibilità di proroga

4.2 non ha diritto alle prestazioni in denaro
Motivo: cfr. modulo E 118 accluso.

4.3 non ha più diritto alle prestazioni in denaro dal (data)
Motivo: cfr. modulo E 118 accluso.

5. Le prestazioni saranno versate ⁽³⁾

5.1 a nostra cura

5.2 a vostra cura per nostro conto ⁽⁴⁾

5.3 dal datore di lavoro ⁽⁵⁾
dal al ⁽⁶⁾

6. ⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾

6.1 L'indennità deve essere versata per tutti i giorni della settimana, eccetto
 Lunedì Martedì Mercoledì
 Giovedì Venerdì Sabato Domenica

6.2 L'importo giornaliero netto di tale indennità ammonta a
..... ⁽⁹⁾ se la persona assicurata non è ricoverata in ospedale;
..... ⁽⁹⁾ se la persona assicurata è ricoverata in ospedale

6.3 Qualora l'indennità sia versata su base mensile, l'importo pagato si riferisce a 30 giorni, indipendentemente dal numero di giorni del mese

7. Si prega di informarci quanto prima del risultato

7.1 di un esame ⁽¹⁰⁾:

7.2 di un controllo amministrativo:

7.3 di un ulteriore esame medico, da eseguire verso il (data)

8. Istituzione competente

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 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 le generalità complete nell'ordine dello stato civile.
- (3) Non occorre compilare per le persone disoccupate alle quali è stato rilasciato un modulo E 119.
- (4) L'istituzione competente può qui indicare il metodo di pagamento.
- (5) Quando il formulario è inviato ad un'istituzione francese, polacca, italiana o ungherese, non occorre contrassegnare la casella.
- (6) Va compilato dalle istituzioni danesi, tedesche, lussemburghesi, polacche, ungheresi o slovacche.
- (7) Va compilato dalle istituzioni tedesche, lussemburghesi, polacche, slovacche e spagnole.
- (8) Compilare unicamente nel caso di cui al punto 5.2.
- (9) Indicare l'importo in valuta nazionale.
- (10) Indicare il tipo di esame medico richiesto (radiografia, analisi di ..., ecc.).