

DOMANDA DI ATTESTATO DI DIRITTO A PRESTAZIONI IN NATURA

Convenzione: artt. 12 lett. a), 12 bis, 13 par. 1 lett. a e b) e par. 3,14,15, par. 2
 Accordo Amministrativo: artt. 8,10, 11, 13, 14 e 15

*L'istituzione del paese di residenza o di dimora compila la parte **A** e trasmette due copie dello stampato all'istituzione competente. Detta istituzione qualora non ritenga di trasmettere il modulo richiesto - compila la parte **B** e rinvia una copia dello stampato all'istituzione che glielo aveva inviato. Qualora l'istituzione competente non sia nota, inviare la richiesta tramite l'organismo di collegamento.*

A	<p>Da compilare da parte dell'istituto di residenza o di dimora</p> <p>1 ISTITUZIONE</p> <p>1.1 Denominazione: Numero di Codice (2):</p> <p>1.2 Indirizzo (3):</p> <p>.....</p> <p>2 <input type="checkbox"/> LAVORATORE <input type="checkbox"/> TITOLARE DI PENSIONE</p> <p>2.1 Cognome:</p> <p>2.2 Nomi: Cognomi precedenti:</p> <p> Data di nascita</p> <p>2.3 Indirizzo nel Paese di residenza (4):</p> <p>2.4 Numero di identificazione (5):</p> <p>2.5 Di pensione o rendita di:</p> <p> <input type="checkbox"/> Vecchiaia <input type="checkbox"/> Invalidità <input type="checkbox"/> Superstiti <input type="checkbox"/> Infortunio sul lavoro <input type="checkbox"/> Malattia Professionale</p> <p> N° (6) Categoria (3)</p> <p>2.6 Istituzione debitrice della pensione o rendita</p> <p>3 DATORE DI LAVORO</p> <p>3.1 Nome o ragione sociale</p> <p>3.2 Indirizzo (4):</p> <p>.....</p> <p>3.3 Tipo di azienda:</p> <p>3.4 Istituzione di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro alla quale è iscritto il datore di lavoro</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
----------	--

4 FAMILIARI

4.1	Cognome (7)	Nomi	Data di nascita	N° di identificazione (5)

4.2 Indirizzo del Paese di residenza (8): vedi titolare

.....

5

Il abbiamo ricevuto domanda dalla persona indicata

al quadro 2 al quadro 4 per ottenere

5.1 La concessione di prestazione in natura

5.2 La proroga del diritto alle prestazioni in natura

5.3 L'iscrizione a questa istituzione come avente diritto alle prestazioni in natura

6

Le prestazioni in natura sono state concesse non sono state concesse

6.1 ai sensi dell'art.

6.2 Il richiedente non ha più espletato un' attività

ha espletato la seguente attività:

7

Si prega di inviare l'attestato di diritto alle prestazioni - formulario I.Smar

valido dal **al**

8

Si allega il rapporto medico (9)

9 ISTITUZIONE DEL LUOGO DI RESIDENZA O DI DIMORA

9.1 Denominazione: N° di codice (2):

9.1 Indirizzo

9.3 Timbro

9.4 Data

9.5 Firma

B**Da compilarsi da parte dell'istituto competente****10**10.1 Si allega formulario del quale deve esserci resa una copia, compilata e firmata (10)10.2 Si comunica di non poter rilasciare l'attestato richiesto nella parte A per il seguente motivo:

.....

.....

.....

11 ISTITUZIONE COMPETENTE

11.1 Denominazione: N° di codice (2):

11.1 Indirizzo

11.3 Timbro

11.4 Data

11.5 Firma

ISTRUZIONI

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso è composto di 3 pagine e deve essere trasmesso sempre completo di tutte le pagine, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

NOTE

- (1) Indicare la sigla del paese dell'Istituzione : I = Italia; SM = San Marino.
- (2) Indicare, se esiste. Per l'Italia è obbligatorio.
- (3) Via, numero, codice postale, località, Paese.
- (4) Via, numero, codice postale, località, Paese. Per l'Italia è obbligatorio
- (5) Per i cittadini italiani indicare il **numero di codice fiscale**.
- (6) Da indicare nel caso in cui l'Istituzione debitrice della pensione o rendita sia italiana.
- (7) Da compilare solo nei casi di familiari per i quali è richiesta la concessione di prestazioni o l'iscrizione all'Istituzione.
- (8) Da indicare solo se l'indirizzo dei familiari differisce da quello del capo famiglia.
- (9) Da allegare solo quando è necessario. In tal caso, riportare con una X nell'apposito quadratino.
- (10) Da indicare se il tipo di formulario da rinviare lo consente.