

**CONVENZIONE ITALO – MONEGASCA DI SICUREZZA SOCIALE
DEL 12 FEBBRAIO 1982**

**NOTIFICA DELLA SOSPENSIONE O SOPPRESSIONE DEL DIRITTO
ALLE PRESTAZIONI SANITARIE IN NATURA
(Lavoratori distaccati - pensionati)**

Accordo amministrativo: Art. 11.

1. All'Istituzione destinataria

- 1.1. Denominazione
- 1.2. Indirizzo (1)

2. Lavoratore distaccato

Titolare di pensione o rendita
(regime lavoratori subordinati)

Titolare di pensione o rendita
(regime lavoratori autonomi)

- 2.1. Cognome Nome Cognome da nubile Data di nascita
.....
- 2.2. Indirizzo nel paese di residenza (1)
- 2.3. Numero di iscrizione

3. Familiari

- | | Cognome | Nome | Cognome da nubile | Data di nascita | Parentela |
|------|--|-------|-------------------|-----------------|-----------|
| 3.1. | | | | | |
| 3.2. | | | | | |
| 3.3. | | | | | |
| 3.4. | | | | | |
| 3.5. | | | | | |
| 3.6. | Indirizzo nel paese di residenza (1) (2) | | | | |

4. Notifica

- 4.1. La persona menzionata al quadro 2 e/o i familiari indicati al quadro 3
- 4.2. cessano di soddisfare alle condizioni per beneficiare delle prestazioni sanitarie in natura a far data da..... per i seguenti motivi:
- l'iscrizione del lavoratore ha cessato di produrre effetto;
 - la pensione o la rendita del titolare è stata sospesa/soppressa;
 - il titolare è deceduto il
 - i familiari succitati non sono più a carico del titolare;
 - i familiari succitati hanno trasferito la residenza;
 -
 -

5. Istituzione che compila il formulario

5.1. Denominazione

5.2. Indirizzo (1)

.....

5.3. Timbro

5.4. Data

5.5. Firma

AVVERTENZA

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate.

NOTE

(1) Via, numero civico, codice postale, città, paese.

(2) Compilare solo se l'indirizzo differisce da quello del titolare.

5. Notifica di uscita

- 5.1. Il ricovero ospedaliero notificato
5.2. con il formulario del nel quadro 4
5.3. è terminato il

6. Attestato di diritto

- 6.1. La persona succitata è in possesso del Vostro attestato di diritto rilasciato con formulario
..... del
oppure (5):
6.2. La persona succitata non possiede l'attestato di diritto alle prestazioni sanitarie. Noi Vi
preghiamo di trasmettere un esemplare all'Istituzione del luogo di residenza o di soggiorno
temporaneo.

7. Istituzione del luogo di residenza o di soggiorno temporaneo

- 7.1. Denominazione
7.2. Indirizzo (1)
.....
7.3. Timbro
7.4. Data
7.5. Firma

AVVERTENZA

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate.

NOTE

- (1) Via, numero civico, codice postale, città, paese.
(2) Compilare solo se l'indirizzo del familiare differisce da quello indicato al quadro 2.
(3) Nome dello stabilimento di cura.
(4) Sottolineare il caso di interesse.
(5) Barrare il caso adeguato.

**CONVENZIONE ITALO - MONEGASCA DI SICUREZZA SOCIALE
DEL 12 FEBBRAIO 1982**

ACCORDO PER LA CONCESSIONE DI PROTESI, GRANDI APPARECCHI ED ALTRO

Convenzione: Art. 15.

Accordo amministrativo: Art. 14.

Questo formulario deve essere compilato per il rimborso di spese per prestazioni sanitarie realmente sostenute. La Istituzione del luogo di soggiorno temporaneo o di residenza compila la parte A e trasmette all'Istituzione competente uno o due esemplari del formulario a seconda che la notifica riguardi la situazione rappresentata al punto 5.3. o al punto 5.2.

Se l'Istituzione competente si oppone all'erogazione di queste prestazioni compila la parte B e restituisce un esemplare del formulario all'Istituzione del luogo di temporaneo soggiorno o di residenza.

PARTE A: Notifica

1. All'Istituzione competente

1.1. Denominazione

1.2. Indirizzo (1)

2. Lavoratore subordinato

Lavoratore autonomo

Titolare di pensione o rendita
(regime lavoratori subordinati)

Titolare di pensione o rendita
(regime lavoratori autonomi)

2.1. Cognome Nome Cognome da nubile Data di nascita

2.2. Nazionalità

2.3. Indirizzo nel paese di residenza (1)

2.4. Numero di iscrizione

3. Familiare beneficiario della prestazione

Cognome Nome Cognome da nubile Data di nascita Parentela

3.1.

3.2. Indirizzo nel paese di residenza (1) (2)

4. Controllo medico

4.1. Il Servizio Medico della nostra Istituzione ha riconosciuto per la persona menzionata
al quadro 2 / al quadro 3 la necessità / l'urgenza

4.2. della seguente prestazione:

4.3. il cui costo probabile / effettivo ammonta a (3)

5. Notifica

- 5.1. Le prestazioni prescritte al quadro 4
- 5.2. saranno concesse se un rifiuto motivato da parte vostra non ci perverrà entro 30 giorni successivi alla data di invio del presente formulario;
oppure:
- 5.3. sono già state concesse per motivi di urgenza il giorno

6. Istituzione del luogo di residenza o di soggiorno temporaneo

- 6.1. Denominazione
- 6.2. Indirizzo (1)
- 6.3. Timbro
- 6.4. Data
- 6.5. Firma

PARTE B: Decisione

7. Decisione

- 7.1. Con riferimento al punto 5.2. Vi informiamo che la prestazione specificata al quadro 4 non può essere concessa.
- 7.2. Motivazione:
-
-
-
-
-

8. Istituzione competente

- 8.1. Denominazione
- 8.2. Indirizzo (1)
- 8.3. Timbro
- 8.4. Data
- 8.5. Firma

AVVERTENZA

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate.

NOTE

- (1) Via, numero civico, codice postale, città, paese.
- (2) Compilare solo se l'indirizzo del familiare differisce da quello indicato al quadro 2.
- (3) Da indicare nella moneta del paese del luogo di temporaneo soggiorno o di residenza.

7.7. Formulari - Convenzione tra la Repubblica Italiana e la Repubblica di San Marino in materia di sicurezza sociale

I.SMAR 5

CONVENZIONE TRA L'ITALIA E LA REPUBBLICA DI SAN MARINO IN MATERIA DI SICUREZZA SOCIALE

ATTESTATO RIGUARDANTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA PER MALATTIA E MATERNITÀ DEI RESIDENTI IN PAESE DIVERSO DA QUELLO COMPETENTE

n° riferimento Italia

n° riferimento San Marino

Lavoratori e familiari con loro residenti o familiari di lavoratori-disoccupati e familiari - art. 8, 13 e 14 dell'accordo Amministrativo.

L'Istituzione competente compila la parte A dello stampato e consegna due copie dello stesso all'assicurato, oppure le trasmette, se del caso, all'Istituzione del luogo di residenza, qualora questo abbia richiesto lo stampato di cui trattasi. Quest'ultima istituzione - ricevute le copie citate dall'assicurato o dall'istituzione competente - riempie la parte B del modulo e rinvia un esemplare del modulo medesimo all'istituzione competente.

A. NOTIFICA DEL DIRITTO

1 All'istituzione del luogo di residenza

1.1 Denominazione :

1.2 Indirizzo :

1.3 Riferimento al vostro modulo del

2 Lavoratore Lavoratore frontaliere Disoccupato

2.1 Cognome Nome Cognome da nubile Data di nascita

.....

2.2 N. d'identificazione :

2.3 Indirizzo nel paese di residenza :

.....

3 Familiari

3.1 Cognome Nome Cognome da nubile Data di nascita

.....

.....

3.2 Indirizzo nel paese di residenza :

.....

4 Il lavoratore sopraindicato ed i familiari con lui residenti

4.1 i familiari del lavoratore sopraindicato

4.2 i disoccupati e i familiari con lui residenti

5 hanno diritto alle prestazioni in natura per malattia e maternità dal

6 tale diritto si protrae fino a quando non sia stato notificato l'annullamento del presente attestato

7	Istituzione competente
7.1 Denominazione :	
7.2 Indirizzo :	
7.3 Timbro	
7.4 Data :	
7.5 Firma :	

B. NOTIFICA DELL'ISCRIZIONE

8	All'istituzione competente
8.1 Denominazione :	
8.2 Indirizzo :	

9	
9.1	<input type="checkbox"/> Il lavoratore indicato al quadro 2 con i familiari
9.2	<input type="checkbox"/> I familiari del lavoratore indicato al quadro 2
9.3	<input type="checkbox"/> Il disoccupato indicato al quadro 2 con i familiari
9.4	<input type="checkbox"/> sono stati iscritti presso la sottoscritta istituzione dal
9.5	<input type="checkbox"/> non sono stati iscritti presso la sottoscritta istituzione per il seguente motivo :

10	Familiari iscritti			
10.1	Cognome	Nome	Cognome da nubile	data di nascita

11 LA DATA DI DECORRENZA PER IL CONTEGGIO DEI FORFAITS E' IL

12	Istituzione del luogo di residenza
12.1 Denominazione :	
12.2 Indirizzo :	
12.3 Timbro	
12.4 Data	
12.5 Firma	

**CONVENZIONE TRA L'ITALIA E LA REPUBBLICA DI SAN MARINO IN MATERIA
DI SICUREZZA SOCIALE**

DOMANDA DI ATTESTATO DI DIRITTO A PRESTAZIONI IN NATURA

n° riferimento in Italia

n° riferimento San Marino

Artt. 12 lett. a), 12 bis, 13 par. 1 lett. a e b) e par. 3, 14, 15 par. 2 della Convenzione – artt. 8, 10, 11, 13, 14 e 15 dell'Accordo Amministrativo.

L'Istituzione del Paese di residenza o di dimora trasmette due copie dello stampato all'Istituzione competente.

Da compilare dall'Istituzione di residenza o dimora.

1. All'Istituzione

1.1 Denominazione.....

1.2 Indirizzo

.....

2. Lavoratore Titolare di pensione o rendita Disoccupato

2.1 **Cognome Nome Cognome da nubile Data di nascita**

.....

2.2 **Titolare di pensione o rendita di**

2.3 **Istituzione debitrice della pensione o rendita**

.....

2.4 **N. identificazione**

2.5 **Indirizzo nel Paese di residenza o dimora**

3. Familiari

3.1 Cognome Nome Cognome da nubile Data di nascita

.....
.....
.....
.....
.....

3.2 Indirizzo nel Paese di residenza

.....

4. Il giorno abbiamo ricevuto domanda dalla persona indicata

al quadro 2 al quadro 3

tendente ad ottenere:

4.1 la concessione di prestazioni in natura

4.2 la proroga del diritto alle prestazioni in natura

4.3 l'iscrizione a questa Istituzione come avente diritto alle prestazioni in natura

5. Si prega di inviare l'attestato del diritto alle prestazioni: formulario N.
oppure di comunicare l'impossibilità di rilasciare tale attestato.

6. Istituzione del luogo di residenza o dimora

6.1	Denominazione:		
6.2	Indirizzo:		
		
6.3	Timbro	6.4	Data:
		6.5	Firma:

**CONVENZIONE TRA L'ITALIA E LA REPUBBLICA DI SAN MARINO IN MATERIA
DI SICUREZZA SOCIALE**

**NOTIFICA DELLA SOSPENSIONE O SOPPRESSIONE DEL DIRITTO ALLE
PRESTAZIONI IN NATURA DELL'ASSICURAZIONE MALATTIA E MATERNITA'**

Residenti in Paese diverso dal quello competente

n° riferimento in Italia

n° riferimento San Marino

Artt.12 lett. a), 12 bis, 14 e 15 della Convenzione – artt. 8, 13, 14 e 15 dell'Accordo Amministrativo.

L'Istituzione competente redige la parte A dello stampato e trasmette due copie dello stampato stesso all'Istituzione del luogo di residenza. Quest'ultima Istituzione compila la parte B e – al più presto possibile – invia un esemplare del modulo all'Istituzione competente.

PARTE A: Notifica

1. All'Istituzione

1.1 Denominazione:

1.2 Indirizzo:

.....

2. Lavoratore Lavoratore frontaliero Titolare di pensione o rendita Disoccupato

2.1 Cognome Nome Cognome da nubile Data di nascita

.....

2.2 N. identificazione:

2.3 Indirizzo nel Paese di residenza:

.....

3. Familiare

3.1 Cognome Nome Cognome da nubile Data di nascita

.....

3.2 Indirizzo nel Paese di residenza:

..... 1

4. Il diritto attestato con il nostro modulo.....del..... è stato
sospeso/soppresso per il motivo seguente:
- 4.1 Il lavoratore non è più assicurato presso la sottoindicata Istituzione dal
- 4.2 La pensione o rendita del titolare è sospesa/soppressa dal.....
- 4.3 Tutte le persone che erano iscritte all'Istituzione in indirizzo dal giorno
risiedono nello Stato competente;
- 4.4 Il titolare è deceduto il
- 4.5 Altri motivi
-

5. Istituzione competente

- 5.1 Denominazione:
- 5.2 Indirizzo:
- 5.3 Timbro
- 5.4 Data:
- 5.5 Firma:

PARTE B: Avviso di ricezione della notifica

6. All'Istituzione competente

- 6.1 Denominazione:
- 6.2 Indirizzo:

7. La notifica di cui alla parte A è pervenuta alla sottoindicata Istituzione in data:

8. La/e persona/e di cui alla parte A
 non ha/hanno più beneficiato
 non beneficerà/ranno più di prestazioni a decorrere dal

9. Istituzione del luogo di residenza

- 9.1 Denominazione:
- 9.2 Indirizzo:
- 9.3 Timbro
- 9.4 Data:
- 9.5 Firma:

**CONVENZIONE TRA L'ITALIA E LA REPUBBLICA DI SAN MARINO IN MATERIA DI
SICUREZZA SOCIALE**

**Attestato riguardante il mantenimento delle prestazioni in corso
dell'assicurazione malattia e maternità**

n° riferimento Italia

n° riferimento San Marino

Art. 13 par, 1 lett. a) e b, 15 par. 2 seconda frase della Convenzione - art. 10 e 11 dell'accordo Amministrativo

L'istituzione competente consegna lo stampato all'interessato.

Lavoratore

Titolare di pensione o rendita

1

1.1	Cognome	Nome	Cognome da nubile	Data di nascita
.....				
1.2	Indirizzo abituale:			
.....				
1.3	N. d'identificazione: _____			

2 Familiare

2.1	Cognome	Nome	Cognome da nubile	Data di nascita
.....				
2.2	Indirizzo abituale :			
.....				

La persona indicata

al quadro 1

al quadro 2

è autorizzata a conservare il beneficio delle prestazioni in natura di malattia e maternità che possono essere concesse presso

dal al

3 Istituzione competente

3.1	Denominazione:			
3.2	Indirizzo			
.....				
3.3	Timbro			
			3.4	Data
			3.5	Firma

ATTESTATO RIGUARDANTE L'AUTORIZZAZIONE AL TRASFERIMENTO PER CURE SANITARIE NELL'ALTRO STATO

Convenzione: art. 13 par. 1, lett. B); 15 par 2; Accordo amministrativo: artt. 11

Le istituzioni competenti rilasceranno il presente formulario, alla persona assicurata o al pensionato o al loro familiare, solo dopo l'espletamento delle modalità previste dall'ordinamento del proprio Stato

1	<input type="checkbox"/> Lavoratore	<input type="checkbox"/> Titolare di pensione	<input type="checkbox"/> Altro
1.1	Cognome: _____		
1.2	Nomi: _____	Cognomi precedenti: _____	Data di nascita: _____
1.3	Indirizzo nel paese competente (2): _____		
1.4	Indirizzo nel paese ove l'interessato si trasferisce (2): _____		
1.5	Numero di identificazione (3): _____		

2	<input type="checkbox"/> Familiare
2.1	Cognome: _____
2.2	Nomi: _____ Cognomi precedenti: _____ Data di nascita: _____
2.3	Indirizzo nel paese competente (2) (4): _____
2.4	Indirizzo nel paese in cui si trasferisce (2): _____
2.5	Numero di identificazione (3): _____

- 3 La persona indicata al quadro 1 al quadro 2
 è autorizzata a conservare il beneficio delle prestazioni in natura di malattia e maternità
- 3.1 dell'assicurazione malattia-maternità dell'assicurazione infortuni
 in _____ (Stato), ove si reca
- 3.2 per ricevere cure presso (5)
- 3.3 per inviare campioni biologici da analizzare
- 3.4 per ricovero
- 3.5 per le seguenti prestazioni ambulatoriali:

4 Il rapporto del nostro medico di controllo

4.1	<input type="checkbox"/>	è allegato in busta chiusa
4.2	<input type="checkbox"/>	è stato inviato il _____ a ⁽⁶⁾ _____ _____
4.3	<input type="checkbox"/>	può essere richiesto alla sottoscritta istituzione
4.4	<input type="checkbox"/>	non è stato compilato

5 Istituzione competente

5.1	Denominazione.	ISTITUTO PER LA SICUREZZA SOCIALE	Numero di codice ⁽⁷⁾ :
5.2	Indirizzo ⁽²⁾ :	Via Scialoja, 20 - 47893 Rep. San Marino	
5.3	Timbro:		5.4 Data
			5.5 Firma

ISTRUZIONI

Il presente modulo è composto di 2 pagine e deve essere sempre completo di tutte le pagine, anche se una qualsiasi di esse non reca alcuna indicazione.

Avvertenze per l'assicurato

Il presente attestato deve essere da voi presentato senza indugio all'istituzione di assicurazione malattia e maternità del luogo nel quale vi siete trasferito per cure, e cioè:

in **Italia**, all'unità sanitaria locale (ASL) competente per il territorio;
a **San Marino**.

Una copia del formulario verrà presentata anche all'istituzione che fornisce la cura.

NOTE

- (1) Indicare la sigla del paese dell'istituzione: I = Italia; SM = San Marino.
- (2) Via, numero, codice postale, località, Paese. Per l'Italia è obbligatorio.
- (3) Per i cittadini italiani, indicare il numero di codice fiscale.
- (4) Da compilare solo se l'indirizzo del familiare differisce da quello del lavoratore o del pensionato.
- (5) Da precisare se del caso.
- (6) Denominazione e indirizzo dell'istituzione alla quale è stato inviato il rapporto medico in parola.
- (7) Indicare se esiste. Per l'Italia è obbligatorio.

**CONVENZIONE TRA L'ITALIA E LA REPUBBLICA DI SAN MARINO IN MATERIA
DI SICUREZZA SOCIALE**

RICOVERO OSPEDALIERO – NOTIFICA DI ENTRATA E DI USCITA

n° riferimento in Italia

n° riferimento San Marino

Artt. 13 par.1 lett. a) e b) e 15 par.2 seconda frase della Convenzione – Artt. 10 e 11 dell'Accordo Amministrativo.

Il presente formulario deve essere redatto per il rimborso delle prestazioni in natura sulla base delle spese effettivamente sostenute. Da compilare dall'Istituzione del luogo di dimora nella parte A per notificare l'entrata nell'istituto di cura, nella parte B per la notifica di uscita e da inviare all'Istituzione competente.

1	All'Istituzione competente
1.1	Denominazione:.....
1.2	Indirizzo:.....

2	Lavoratore titolare di pensione o rendita								
2.1	<table border="0"> <tr> <td>Cognome</td> <td>Nome</td> <td>Cognome da nubile</td> <td>Data di nascita</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </table>	Cognome	Nome	Cognome da nubile	Data di nascita
Cognome	Nome	Cognome da nubile	Data di nascita						
.....						
2.2	N. d'identificazione:.....								
2.3	Indirizzo nel Paese di residenza o di dimora:.....								
								

3	Familiare ricoverato								
3.1	<table border="0"> <tr> <td>Cognome</td> <td>Nome</td> <td>Cognome da nubile</td> <td>Data di nascita</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </table>	Cognome	Nome	Cognome da nubile	Data di nascita
Cognome	Nome	Cognome da nubile	Data di nascita						
.....						
3.2	Indirizzo nel Paese di residenza o di dimora:.....								
 1								

4. Riferimento

4.1 al Vostro modulo del.....

PARTE A: Notifica di entrata

5 La persona indicata al quadro 2 al quadro 3

5.1 è stata ricoverata il

5.2 nell'Istituto di cura

5.3 a seguito di malattia maternità
 infortunio sul lavoro malattia professionale

5.4 Si presume che la degenza si protrarrà sino al

5.5 il ricovero è stato causato, presumibilmente, da incidente dovuto a responsabilità di terzi.

5.6 Si allega un rapporto su tale incidente nonchè l'indirizzo del terzo coinvolto.

5.7 Documenti giustificativi o rapporto medico in allegato.

PARTE B: Notifica di uscita

6 La degenza notificata

con il modulo I-SMAR 9 del

nella parte A che precede

ha avuto fine il

7. Istituzione del luogo di dimora

7.1 Denominazione:

7.2 Indirizzo:

.....

7.3 Timbro

7.4 Data:

7.5 Firma:.....

**CONVENZIONE TRA L'ITALIA E LA REPUBBLICA DI SAN MARINO IN MATERIA
DI SICUREZZA SOCIALE**

**ATTESTATO PER L'ISCRIZIONE DEI TITOLARI DI PENSIONE O RENDITA E PER
LA TENUTA DELL'INVENTARIO**

n° riferimento in Italia

n° riferimento San Marino

Artt. 15 della Convenzione – Art 15 dell'Accordo Amministrativo.

L'Istituzione cui compete il rilascio dell'attestato compila la parte A del modulo e consegna due copie del modulo stesso al titolare di pensione o rendita oppure invia tali copie all'Istituzione del luogo di residenza, qualora sia stata questa Istituzione a richiedere il modulo di cui trattasi. Se del caso, i due esemplari sono trasmessi dapprima all'Istituzione che compila i quadri 5 e 6. L'Istituzione del luogo di residenza, ricevute le due copie citate, riempie la parte B e trasmette una copia del modulo all'Istituzione indicata al quadro 6.

PARTE A: Notifica del diritto

1	All'istituzione del luogo di residenza
1.1	Denominazione:.....
1.2	Indirizzo:.....
1.3	Riferimento: Vostro modulo N. 6 del

2	Titolare di pensione o rendita			
2.1	Cognome	Nome	Cognome da nubile	Data di nascita

2.2	Indirizzo nel Paese di residenza:.....			
2.3	Data dell'eventuale trasferimento:			
2.4	N. d'identificazione:			

PARTE B: Notifica della iscrizione o della non iscrizione.

7	L'Istituzione designata al quadro 6
7.1	Denominazione:.....
7.2	Indirizzo:.....

8	
8.1	La persona indicata al quadro 2 ed i suoi familiari non sono stati iscritti
8.2	in quanto la persona suindicata ha già diritto alle prestazioni in natura a norma della legislazione di questo Stato.
8.3	Altri motivi

9	
9.1	La persona indicata al quadro 2 (unitamente ai familiari) è stata iscritta come avente diritto alle prestazioni in natura.
9.2	Familiari iscritti
9.3	Cognome Nome Cognome da nubile Data di nascita
9.4
9.5
9.6
9.7	L'onore delle citate prestazioni è a carico dell'Istituzione in indirizzo; la decorrenza per il conteggio del forfait è il

10	Istituzione del luogo di residenza
10.1	Denominazione:.....
10.2	Indirizzo:.....
10.3	Timbro
10.4	Data:.....
10.5	Firma:.....

**CONVENZIONE TRA L'ITALIA E LA REPUBBLICA DI SAN MARINO IN MATERIA
DI SICUREZZA SOCIALE**

**ATTESTATO CONCERNENTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA
DELL'ASSICURAZIONE INFORTUNI SUL LAVORO E MALATTIE PROFESSIONALI**

n° riferimento in Italia

n° riferimento San Marino

Art. 23 della Convenzione – Artt. 19 dell'Accordo Amministrativo.

Il modulo - qualora sia stato richiesto dall'Istituzione del luogo di residenza o di dimora dell'interessato - deve essere inviato all'Istituzione stessa; negli altri casi, deve essere consegnato al lavoratore.

All'Istituzione del luogo di residenza o di dimora

1.1 Denominazione:

1.2 Indirizzo:
.....

1.3 Riferimento: vostro modulo I/SMAR del

Lavoratore subordinato Lavoratore autonomo

2.1 Cognome

2.2 Nome Cognomi precedenti Data di nascita

2.3 Indirizzo nel Paese competente:
.....

2.4 Indirizzo nel Paese ove si reca l'interessato:
.....

2.5 Numero di identificazione:

3

A seguito

- 3.1 di quanto da Voi notificato mediante modulo I/ISMAR 6 del
- 3.2 dell'infortunio sul lavoro verificatosi il
con le seguenti conseguenze:
- 3.3 della malattia professionale verificatasi il
con le seguenti conseguenze:
- 3.4 dell'autorizzazione da noi accordata all'interessato a conservare il beneficio delle prestazioni in natura in Italia/S. Marino ove si reca
per stabilire la propria residenza per cure

4

Al lavoratore predetto possono essere concesse prestazioni in natura per infortunio sul lavoro per malattia professionale

- 4.1 per la durata prevista dalle disposizioni della legislazione del Paese di residenza;
- 4.2 sino al
- 4.3 per un massimo di tre mesi;
- 4.4 senza limite di tempo.

5

Il rapporto riservato del nostro medico di fiducia

- 5.1 è allegato in busta chiusa;
- 5.2 è stato inviato il a
- 5.3 può essere richiesto alla sottoscritta Istituzione;
- 5.4 non è stato compilato.

6

Istituzione competente

- 6.1 Denominazione:
- 6.2 Indirizzo:
- 6.3 Timbro
- 6.4 Data
- 6.5 Firma

**CONVENZIONE TRA L'ITALIA E LA REPUBBLICA DI SAN MARINO IN MATERIA
DI SICUREZZA SOCIALE**

TARIFFE PER IL RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI IN NATURA

n° riferimento in Italia

n° riferimento San Marino

Artt.13 e 15 prg. 2 seconda frase della Convenzione – Artt. 10 e 11 dell'Accordo Amministrativo.

L'Istituzione competente compila la Parte A del formulario e ne invia due copie all'Istituzione che avrebbe dovuto erogare direttamente le prestazioni all'interessato nel Paese di dimora. L'Istituzione del luogo di dimora compila la Parte B del formulario e ne restituisce una copia all'Istituzione competente.

PARTE A: Domanda

1. All'Istituzione

1.1 Denominazione.....

1.2 Indirizzo

.....

2. **Lavoratore** **Titolare di pensione o rendita** **Familiare**

2.1 Cognome Nome Cognome da nubile Data di nascita

.....

3. La persona sopraccitata

3.1 durante una sua temporanea dimora in

3.2 ha sostenuto in proprio le spese per le cure di cui ha avuto bisogno.

4. L'Istituzione in indirizzo è pregata di indicare nelle ricevute allegate – per ogni prestazione che figura nelle ricevute medesime – gli importi che potrebbero essere rimborsati all'interessato, secondo le tariffe previste dalla legislazione del Paese dell'Istituzione stessa.

5. Allegati: n. ricevute.

1

6. Istituzione competente

6.1 Denominazione:

6.2 Indirizzo:

.....

6.3 Timbro

6.4 Data:

6.5 Firma:

PARTE B: Comunicazione

7. All'Istituzione competente

7.1 Denominazione:

7.2 Indirizzo:

.....

8. Sono allegate n. ricevute, tariffate come richiesto.

9. Osservazioni:

.....

.....

.....

10. Istituzione del luogo di dimora

10.1 Denominazione:

10.2 Indirizzo:

.....

10.3 Timbro

10.4 Data:

10.5 Firma:

7.8. Formulari - Convenzione di sicurezza sociale tra la Santa Sede e la Repubblica Italiana

CONVENZIONE CONVENZIONE DI SICUREZZA SOCIALE
SANTA SEDE - ITALIA

Vedi «Istruzioni» a pagina 4

001

I

(1)

- | | | |
|--|-------------|---|
| <input type="checkbox"/> Domanda di informazioni | | <input type="checkbox"/> un lavoratore subordinato |
| <input type="checkbox"/> Comunicazione di informazioni | concernente | <input type="checkbox"/> un titolare di pensione |
| <input type="checkbox"/> Richiesta di formulari | | <input type="checkbox"/> un richiedente la pensione |
| <input type="checkbox"/> Sollecito | | <input type="checkbox"/> un avente diritto |

Convenzione: art. 32; art. 35 - Accordo Amministrativo: art. 24

L'istituzione mittente compila la parte A e invia due copie del presente formulario all'istituzione destinataria, che a sua volta compila la parte B e rinvia una copia all'istituzione mittente. Il presente formulario è utilizzato unicamente in aggiunta ad altri formulari e servirà per qualsiasi scambio d'informazione non espressamente previsto in altri moduli, senza mai sostituirsi ad essi.

Parte A

1	Istituzione destinataria
1.1	Denominazione: Numero di codice (2)
1.2	Indirizzo (3):

2	Notizie concernenti l'interessato (4)
2.1	Cognome (5):
2.2	Cognome di nascita (5):
2.3	Nomi (6):
2.4	Cognomi precedenti (7):
2.5	Sesso (8):

3	Cittadinanza (9)
----------	------------------------

4	Nascita
4.1	Data (10):
4.2	Località (11):
4.3	Provincia o dipartimento (12):
4.4	Stato (13):

5	Numero di matricola
5.1	Presso l'istituzione mittente (14):
5.2	Presso l'istituzione destinataria (14):

6	Indirizzo (3)
----------	---------------------

①

7	Pratica
7.1	Tipo di prestazione
7.2	Numero di pratica presso l'istituzione mittente:
7.3	Numero di pratica presso l'istituzione destinataria:

8	<input type="checkbox"/> Richiesta <input type="checkbox"/> Sollecito della richiesta del Chiediamo l'invio riguardo alla persona di cui al quadro 2.
8.1	<input type="checkbox"/> dei formulari:
8.2	<input type="checkbox"/> dei documenti:
8.3	<input type="checkbox"/> delle seguenti informazioni:
8.4	Motivo della richiesta:

9	Cambiamento di situazione: si sono verificati i seguenti cambiamenti
.....	

10	Varie
.....	

11	Istituzione che compila la parte A
11.1 Denominazione:
11.2 Indirizzo (3):
11.3 Timbro
	11.4 Data
	11.5 Firma

Parte B

12

A seguito della richiesta del si trasmettono in allegato:

12.1 i seguenti formulari:

12.2 i seguenti documenti:

.....

12.3 le seguenti informazioni:

.....

13

A seguito della richiesta del si comunica che non è possibile trasmettere

13.1 i seguenti formulari:

13.2 i seguenti documenti:

13.3 le informazioni richieste

13.4 Motivo:

.....

.....

14 Varie

.....

.....

.....

.....

15

A seguito dell'invio del
si accusa ricevuta delle informazioni contenute al quadro 9

16 Istituzione che compila la parte B

16.1 Denominazione: Numero di codice (2):

16.2 Indirizzo (3):

.....

16.3 Timbro

16.4 Data

16.5 Firma

.....

ISTRUZIONI

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate.

NOTE

- (1) Indicare la sigla della Parte contraente dell'istituzione che compila la parte A dello stampato: I = Italia; SS = Santa Sede
- (2) Per l'Italia è obbligatorio.
- (3) Via, numero, codice postale, località, Stato, numero di telefono, e-mail.
- (4) Compilare le voci da 2.1 a 2.5 concernenti l'identificazione per quanto necessario.
- (5) Compilare come da legislazione dello Stato di nascita dell'interessato (ad esempio: per le persone nate in Spagna, indicare entrambi i cognomi di nascita).
Il cognome di nascita deve essere sempre indicato; ove sia identico al cognome di famiglia, indicare «idem».
Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
- (6) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.
- (7) Da indicare in particolare in caso di adozione o di utilizzazione di soprannomi entrati nell'uso corrente. Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
- (8) M = maschile; F = femminile.
- (9) Eventualmente indicare la data di naturalizzazione.
- (10) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 1° agosto 1999 = 01. 08. 1999).
- (11) Compilare come da legislazione dello Stato di nascita dell'interessato [ad esempio: per le città francesi con più circoscrizioni si indichi il numero della circoscrizione (esempio: Parigi 14); per le località portoghesi, si indichi anche la parrocchia e il comune].
- (12) Compilare, se riconosciuto obbligatorio dalla legislazione dello Stato di nascita dell'interessato ed in conformità alla medesima: l'informazione è, ad esempio, obbligatoria per le persone nate in Spagna, Francia o Italia.
Questa informazione, a seconda della legislazione, può comportare la indicazione di appartenenza territoriale del luogo di nascita; ad esempio:
 - per quanto concerne la Francia, per il comune di nascita di Lille: si indichi il dipartimento di nascita: Nord, associato al numero di codice di dipartimento, nella fattispecie 59, se l'interessato lo conosce; l'informazione sarà pertanto: Nord 59;
 - per quanto concerne le persone nate in Spagna: si indichi solo la provincia.
- (13) Sigla dello Stato di nascita dell'assistito codificato secondo il codice internazionale dei veicoli automobilistici.
- (14) Per i cittadini italiani, indicare il codice fiscale.

**DOMANDA DI ATTESTATO DI DIRITTO A PRESTAZIONI IN NATURA
PER I CASI DI INFORTUNI SUL LAVORO E MALATTIE PROFESSIONALI**

Convenzione: art.16, lett. a) - Accordo Amministrativo: art. 13, comma 2; art. 20

L'Istituzione della Parte contraente di residenza o di soggiorno del lavoratore 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.

A. Da compilare da parte dell'istituto di residenza o di soggiorno

1	Istituzione
1.1	Denominazione: Numero di codice (2):
1.2	Indirizzo (3):

2	Lavoratore subordinato
2.1	Cognome (4):
2.2	Nomi (5): Cognomi precedenti (6): Data di nascita (7):
2.3	Indirizzo nella Parte contraente di residenza o di soggiorno (3):
2.4	Numero di identificazione (8):
2.5	<input type="checkbox"/> Titolare di pensione o rendita di <input type="checkbox"/> vecchiaia <input type="checkbox"/> invalidità <input type="checkbox"/> superstiti <input type="checkbox"/> infortunio sul lavoro <input type="checkbox"/> malattia professionale
	N. (9) categoria: (9)
2.6	Istituzione debitrice della pensione o rendita

3	Ente di appartenenza
3.1	Denominazione Ente:
3.2	Indirizzo (3):
3.3	Tipo di attività:
3.4	Istituzione di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro al quale è iscritto l'Ente di appartenenza : Fondo Assistenza Sanitaria (FAS) – 00120 Città del Vaticano

- 4 In data abbiamo ricevuto domanda dalla persona indicata al quadro 2 per ottenere
 - 4.1 la concessione di prestazioni in natura
 - 4.2 la proroga del diritto alle prestazioni in natura
 - 4.3 l'iscrizione a questa istituzione come avente diritto alle prestazioni in natura
- 5 Le prestazioni in natura sono state concesse non sono state concesse
- 5.1 ai sensi dell'art.
- 5.2 il richiedente non ha più espletato un'attività ha espletato la seguente attività:
- 6 Si prega di inviare l'attestato del diritto alle prestazioni – formulario valido dal al
- 7 Si allega il rapporto medico (10)

8 Istituzione del luogo di residenza o di soggiorno

8.1 Denominazione: Numero di codice (2):

8.2 Indirizzo (3):

8.3 Timbro

8.4 Data:

8.5 Firma:

B. Da compilarsi da parte dell'istituzione competente

9

9.1 Si allega il formulario richiesto.

9.2 Si comunica di non poter rilasciare l'attestato richiesto nella parte A per il seguente motivo

.....

.....

10 Istituzione competente

10.1 Denominazione: **Fondo Assistenza Sanitaria (FAS)** Numero di codice:

10.2 Indirizzo: **00120 Città del Vaticano**

10.3 Timbro

10.4 Data:

10.5 Firma:



ISTRUZIONI

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate.

NOTE

- (1) Sigla della Parte contraente dell'Istituzione che compila lo stampato: I = Italia.
 - (2) Per l'Italia è obbligatorio.
 - (3) Via, numero, codice postale, località, Stato, numero di telefono, e-mail.
 - (4) Compilare come da legislazione dello Stato di nascita dell'interessato (ad esempio: per le persone nate in Spagna, indicare entrambi i cognomi di nascita).
Il cognome di nascita deve essere sempre indicato; ove sia identico al cognome di famiglia, indicare «idem».
Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
 - (5) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.
 - (6) Da indicare in particolare in caso di adozione o di utilizzazione di soprannomi entrati nell'uso corrente. Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
 - (7) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 1 agosto 1999 = 01.08.1999).
 - (8) Per i cittadini italiani, indicare il codice fiscale.
 - (9) Da indicare nel caso in cui l'istituzione debitrice della pensione o rendita sia italiana.
 - (10) Da allegare solo quando è necessario. In tal caso, riportare una X nell'apposito quadratino.
-

**RICOVERO OSPEDALIERO - NOTIFICA DI ENTRATA E DI USCITA
PER I CASI DI INFORTUNI SUL LAVORO E MALATTIE PROFESSIONALI**

Convenzione: art. 16, lett. a) - Accordo Amministrativo: art. 20

Il presente formulario deve essere redatto per il rimborso delle prestazioni in natura sulla base delle spese effettivamente sostenute. Va compilato dall'istituzione del luogo di residenza o di soggiorno: nella parte A per notificare l'entrata nell'istituto di cura, nella parte B per la notifica di uscita, e inviato all'istituzione competente.

1	All'istituzione competente	
1.1	Denominazione: Fondo Assistenza Sanitaria	Numero di codice
1.2	Indirizzo (2): 00120 Città del Vaticano	

2	Lavoratore subordinato		
2.1	Cognome (3):		
2.2	Nomi (4):	Cognomi precedenti (5):	Data di nascita (6):
.....			
2.3	Indirizzo nella Parte contraente di residenza o di soggiorno (2)		
2.4	Numero di identificazione (7):		

3 Riferimento:

3.1 al vostro modulo del (8)

3.2 al nostro modulo 107 del

A. Notifica di entrata

4 La persona indicata al quadro 2

4.1 è stata ricoverata il

4.2 presso (9)

4.3 a seguito di infortunio sul lavoro malattia professionale (10)

4.4 Si presume che la degenza si protrarrà sino al

4.5 Documenti giustificativi o rapporto medico in allegato (11).

B. Notifica di uscita

5 La degenza notificata

con modulo 113 del

nella parte A che precede
è terminata il

6	Istituzione del luogo di residenza o di soggiorno	
6.1	Denominazione:	Numero di codice (12).....
6.2	Indirizzo (2):	
6.3	Timbro	
	6.4	Data:
	6.5	Firma
	

ISTRUZIONI

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate.

NOTE

- (1) Indicare la sigla della Parte contraente dell'Istituzione che compila lo stampato: I = Italia.
- (2) Via, numero, codice postale, località, Stato.
- (3) Compilare come da legislazione dello Stato di nascita dell'interessato (ad esempio: per le persone nate in Spagna, indicare entrambi i cognomi di nascita).
Il cognome di nascita deve essere sempre indicato; ove sia identico al cognome di famiglia, indicare «idem».
Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
- (4) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.
- (5) Da indicare in particolare in caso di adozione o di utilizzazione di soprannomi entrati nell'uso corrente. Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
- (6) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 1° agosto 1999 = 01.08.1999).
- (7) Per i cittadini italiani, indicare il codice fiscale.
- (8) Indicare il numero e la data del modulo attestante il diritto alle prestazioni dell'assicurato.
- (9) Denominazione dell'istituto di cura.
- (10) Da indicare, se possibile.
- (11) Se del caso, riportare una X nel quadratino.
- (12) Per l'Italia è obbligatorio.

**CONCESSIONE DI PROTESI, DI APPARECCHI, DI PRESTAZIONI IN NATURA DI GRANDE IMPORTANZA
PER I CASI DI INFORTUNI SUL LAVORO E MALATTIE PROFESSIONALI**

Convenzione: art. 18 - Accordo Amministrativo: art. 14

Il presente formulario deve essere redatto per il rimborso delle prestazioni effettivamente sostenute per protesi, apparecchi, prestazioni in natura di grande importanza. L'istituzione del luogo di residenza o di soggiorno compila la parte A e trasmette due copie dello stampato. L'istituzione competente, qualora ravvisi di doversi opporre all'erogazione delle prestazioni o di non avvalersi della facoltà di cui al punto 6.2 ai fini dell'assenso alla erogazione delle prestazioni dovrà compilare la parte B ed inviare una copia dello stampato all'istituzione del luogo di residenza o di soggiorno.

A. Notifica

1 All'istituzione competente

1.1 Denominazione: **Fondo Assistenza Sanitaria (FAS)** Numero di codice:

1.2 Indirizzo: **00120 Città del Vaticano**

2 Lavoratore

2.1 Cognome (2):

2.2 Nomi (3): Cognomi precedenti (4): Data di nascita (5):

2.3 Indirizzo nella Parte contraente di residenza o di soggiorno (6)

2.4 Numero di identificazione (7):

3 Riferimento:

3.1 al vostro modulo del (8)

3.2 al nostro modulo 107 del

4 I servizi sanitari di questa istituzione hanno riconosciuto per la persona indicata al quadro 2

4.1 la necessità l'urgenza assoluta

4.2 delle seguenti prestazioni:

4.3 il cui costo probabile effettivo ai sensi della nostra legislazione è di

5 Si allega il rapporto del medico di controllo (10)

6 Le prestazioni citate al punto 4.2

6.1 Sono già state accordate d'urgenza in data

6.2 saranno accordate qualora, entro 60 giorni dalla data d'invio della presente notifica, non pervenga da voi una motivata opposizione.

7	Istituzione del luogo di residenza o di soggiorno	
7.1	Denominazione:	Numero di codice (11):
7.2	Indirizzo (6):	
7.3	Timbro	
		7.4 Data:
		7.5 Firma
	

B. Da compilarsi da parte dell'istituzione competente

8	Erogazione delle prestazioni
	In riferimento al punto 6 le prestazioni indicate al punto 4.2
8.1	<input type="checkbox"/> possono essere erogate
8.2	<input type="checkbox"/> non possono essere erogate per i seguenti motivi:

9	Istituzione competente	
9.1	Denominazione: Fondo Assistenza Sanitaria (FAS)	Numero di codice:
9.2	Indirizzo: 00120 Città del Vaticano	
9.3	Timbro	
		9.4 Data:
		9.5 Firma
	

ISTRUZIONI

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate.

NOTE

- (1) Sigla della Parte contraente che compila lo stampato: I = Italia.
- (2) **Compilare come da legislazione dello Stato di nascita dell'interessato (ad esempio: per le persone nate in Spagna, indicare entrambi i cognomi di nascita).**
Il cognome di nascita deve essere sempre indicato; ove sia identico al cognome di famiglia, indicare «idem». Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
- (3) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.
- (4) Da indicare in particolare in caso di adozione o di utilizzazione di soprannomi entrati nell'uso corrente. Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
- (5) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 1 agosto 1999 = 01.08.1999).
- (6) Via, numero, codice postale, località, Stato, numero di telefono, e-mail.
- (7) Per i cittadini italiani, indicare il codice fiscale.
- (8) Indicare il numero e la data del modulo attestante il diritto alle prestazioni dell'assicurato.
- (9) Importo da indicare nella moneta della Parte contraente di residenza o di soggiorno.
- (10) Nell'eventualità che venga allegato il rapporto di cui trattasi, riportare una X nel quadratino.
- (11) Per l'Italia è obbligatorio.

**ATTESTATO CONCERNENTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA
PER I CASI DI INFORTUNI SUL LAVORO E MALATTIE PROFESSIONALI**
(per i lavoratori residenti nel territorio della Parte contraente diverso da quello della Parte competente)

Convenzione: art. 16, lett. a) - Accordo Amministrativo: art. 13

Il modulo – qualora sia richiesto, mediante un modulo 107, dall'istituzione del luogo di residenza o di soggiorno dell'interessato – deve essere inviato all'istituzione stessa; negli altri casi, deve essere consegnato al lavoratore.

1	All'istituzione del luogo di residenza o di soggiorno (2)	
1.1	Denominazione:	Numero di codice (3).....
1.2	Indirizzo (4):	
1.3	Riferimento: vostro modulo 107 del	

2	Lavoratore		
2.1	Cognome (5):		
2.2	Nomi (6):	Cognomi precedenti (7):	Data di nascita (8):
2.3	Indirizzo ove si reca l'interessato nel territorio della Parte contraente diverso da quello competente (4)		
2.4	Numero di identificazione (9):		

3	A seguito	
3.1	<input type="checkbox"/>	di quanto da voi notificato mediante i moduli 107 del
3.2	<input type="checkbox"/>	dell'infortunio sul lavoro verificatosi il
		con le seguenti conseguenze:
3.3	<input type="checkbox"/>	della malattia professionale verificatasi il
		con le seguenti conseguenze:

4	al lavoratore predetto possono essere concesse prestazioni in natura
	<input type="checkbox"/> per infortunio sul lavoro <input type="checkbox"/> per malattia professionale
4.1	<input type="checkbox"/> per la durata prevista dalle disposizioni della legislazione della Parte della istituzione competente
4.2	<input type="checkbox"/> sino al
4.3	<input type="checkbox"/> per un massimo di tre mesi
4.4	<input type="checkbox"/> senza limite di tempo

5	Il rapporto riservato del nostro medico di controllo
5.1	<input type="checkbox"/> è allegato in busta chiusa
5.2	<input type="checkbox"/> è stato inviato il a (10)
5.3	<input type="checkbox"/> può essere richiesto alla sottoscritta istituzione
5.4	<input type="checkbox"/> non è stato compilato

6	Istituzione competente
6.1	Denominazione: Numero di codice (3).....
6.2	Indirizzo (4):
6.3	Timbro
	6.4 Data:
	6.5 Firma

ISTRUZIONI

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate.

Avvertenze per il lavoratore assicurato

Il presente attestato deve essere presentato, senza indugio, all'istituzione della Parte contraente di residenza o di soggiorno, è cioè:

in Italia

- a) all'azienda sanitaria locale (ASL) competente per territorio;
- b) all'istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) sede provinciale competente per le protesi, i grandi apparecchi, le prestazioni medico - legali e gli esami e certificati medici.

NOTE

- (1) Sigla della Parte contraente dell'Istituzione che compila lo stampato: I = Italia.
- (2) Da compilare solo qualora il modulo sia stato richiesto dall'istituzione del luogo di residenza o di dimora dell'interessato.
- (3) Per l'Italia è obbligatorio.
- (4) Via, numero, codice postale, località, Stato.
- (5) Compilare come da legislazione dello Stato di nascita dell'interessato (ad esempio: per le persone nate in Spagna, indicare entrambi i cognomi di nascita).
Il cognome di nascita deve essere sempre indicato; ove sia identico al cognome di famiglia, indicare «idem».
Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
- (6) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.
- (7) Da indicare in particolare in caso di adozione o di utilizzazione di soprannomi entrati nell'uso corrente. Gli avverbi «detto» e «alias» nonché le particelle devono essere indicati integralmente e nell'ordine dello stato civile.
- (8) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 1° agosto 1999 = 01.08.1999).
- (9) Per i cittadini italiani indicare il codice fiscale ed il numero di codice regionale.
- (10) Denominazione ed indirizzo dell'istituzione alla quale è stato inviato il rapporto medico.

®

7.9. Formulari - Convenzione tra la Repubblica Italiana e la Repubblica Tunisina in materia di sicurezza sociale

CONVENZIONE TUNISO-ITALIANA DI SICUREZZA SOCIALE
CONVENTION TUNISO-ITALIENNE DE SECURITE SOCIALE

TN/18 I/TN 8

Artt. 7, 8 p.a), 9 e 11 della Convenzione
Art. 7, 8 p.a), 9 et 11 de la Convention
Art. 9 p. 1, 3 e 7 dell'Accordo Amministrativo
Art. 9 p. 1, 3 et 7 de l'Arrangement Administratif

ATTESTATO RIGUARDANTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA PER
MALATTIA E MATERNITA DEI RESIDENTI IN PAESE DIVERSO DA QUELLO COMPETENTE
ATTESTATION DE DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE DE L'ASSURANCE
MALADIE-MATERNITE DANS LE CAS DES PERSONNES QUI RESIDENT DANS
L'AUTRE PAYS QUE LE PAYS COMPETENT

A. NOTIFICA DEL DIRITTO/NOTIFICATION DU DROIT

1. Istituzione del luogo di residenza/Institution du lieu de résidence (1)

1.1.	Denominazione/Dénomination
1.2.	Indirizzo/Adresse (2)
1.3.	Riferimento al vostro formulario/Référence votre formulaire del/du

2. Lavoratore/Travailleur

2.1.	Cognome	Nomi	del padre	del nonno
	Nom	Prénoms	du père	du grand-père

2.2.	Data di nascita Date de Naissance	Giorno Jour	Mese Mois	Anno Année	Luogo di nascita lieu de naissance	(Comune o frazione) (Cité, ville ou village)	(Provincia o Territorio) (Province, Pays ou Territoire)	(Stato) (Pays)
	Nazionalità Nationalité	_____						

2.3.	Stato Civile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Etat civil	Celibe/Nubile Célibataire	Coniugato/a Marié/e	Vedovo/a Veuf/veuve	Divorziato/a Divorcé/e

2.4.	Luogo di residenza	_____				
	Lieu de résidence	(Numero e via) (Numéro et rue)	(Comune o frazione) (Cité, ville ou village)	(Provincia o territorio) (Province ou Territoire)	(Stato) (Pays)	(Codice Postale) (Code Postal)

2.5.	Professione Profession	_____	
	N° di immatricolazione N° d'immatriculation	in Italia en Italie	_____
		in Tunisia en Tunisie	_____

3. Membri della famiglia/Membres de la famille (4)

3.1. Cognome/Nom	Nomi/Prénoms	Cognome da nubile Nom de jeune fille	Data di nascita Date de naissance	Relazione di parentela Lien de parenté
.....
.....
.....
.....

4. Il lavoratore sopra indicato ed i familiari con lui residenti (3)
Le travailleur désigné ci-dessus et les membres de sa famille résidant avec lui

5. Hanno diritto alle prestazioni in natura per malattia e maternità (3)
ont droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité dal/du

6. Gli interessati conservano il diritto/*les intéressés conservent ce droit*

6.1. Fino a quando non ne abbia notificato l'annullamento sul presente attestato (3)
jusqu'à annulation de la présente attestation

6.2. Fino al (3)
Jusqu'à

7. Istituzione competente per la malattia e maternità/*Institution compétente pour la maladie-maternité*

7.1. Dénominazione/Dénomination

7.2. Indirizzo/Adresse (2)

7.3. Timbre/Cachet

Data/Date

Firma/Signature

B. NOTIFICA DELL'ISCRIZIONE/NOTIFICATION DE L'INSCRIPTION (6)

8.

8.1. Il lavoratore indicato al quadro 2 con i familiari (3)
Le travailleur indiqué au cadre 2 et les membres de sa famille

8.2. Sono stati iscritti presso la sottoscritta Istituzione dal (3)
ont été inscrits chez nous le

8.3. Non sono stati iscritti presso la sottoscritta Istituzione per il seguente motivo : (3)
N'ont pas pu être inscrits chez nous parce que :

9. Familiari iscritti / Membres de la famille inscrits

9.1. Cognome/Nom	Nomi/Prénoms	Cognome da nubile Nom de jeune fille	Data di nascita Date de naissance	Relazione di parentela Lien de parenté
.....
9.2.
9.3.
9.4.
9.5.
9.6.
9.7.
9.8.
9.9.

10. Istituzione competente del luogo di residenza/*Institution compétente du lieu de résidence*

10.1.	Denominazione/ <i>Dénomination</i>
10.2.	Indirizzo/ <i>Adresse</i> (2)

10.3.	Timbro/ <i>Cachet</i>
	Data/ <i>Date</i>
	Firma/ <i>Signature</i>

AVVERTENZE

Il formulario deve essere riempito in carattere stampatello, utilizzando unicamente le linee

Indicazioni per l'assicurato

- Il presente formulario vi dà diritto alle prestazioni in natura dell'assicurazione malattia e maternità per voi stessi e per i membri della vostra famiglia ;
- i due esemplari del formulario che sono in vostro possesso devono essere trasmessi nel più breve tempo possibile da voi stessi all'Istituzione di assicurazione malattia e maternità del luogo della vostra residenza ;
- le Istituzioni di assicurazione malattia e maternità sono :
in ITALIA le Unità Sanitarie Locali
in TUNISIA : la C.N.S.S.
- questo formulario è valido a partire dalla data indicata al punto 5 e per la durata indicata al quadro 6 avuto riguardo alla casella contrassegnata da una croce ;
- voi dovete, e i membri della vostra famiglia, segnalare all'Istituzione d'assicurazione alla quale il formulario dovrà essere trasmesso, tutti i cambiamenti di situazione che potrebbero modificare il diritto alle prestazioni in natura (es. abbandono o cambiamento di lavoro, cambiamento del vostro luogo di residenza o di quello dei membri della vostra famiglia ecc.)

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes

Indications pour l'assuré

- le présent formulaire vous donne droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité pour vous-même et les membres de votre famille ;
- les deux exemplaires du formulaire qui sont en votre possession doivent être remis le plus tôt possible par vous-même à l'Istitution d'assurance maladie-maternité du lieu de votre résidence ;
- les Institutions d'assurance maladie-maternité en question sont :
en ITALIE les Unité Sanitarie Locali
en TUNISIE : la C.N.S.S.
- ce formulaire est valable à partir de la date indiquée au point 5 et pour la durée indiquée au cadre 6, en regard de la case marquée d'une croix ;
- vous devez, vous ou les membres de votre famille, signaler à l'Istitution d'assurance à laquelle le formulaire aura été remis tout changement de situation qui pourrait modifier le droit aux prestations en nature : abandon ou changement d'emploi, changement de votre lieu de résidence ou de celui d'un membre de votre famille, etc.

NOTE

- Da riempire unicamente quando il formulario è rilasciato a domanda dell'Istituzione del luogo di residenza.
- Codice postale, località, via, numero, paese.
- Mettere una croce nella casella che precede la indicazione appropriata.
- Indicare unicamente i membri della famiglia che si recano temporaneamente nell'altro Stato con il lavoratore.
- Da indicare unicamente quando l'indirizzo dei membri della famiglia differisca da quello del lavoratore.
- Ove il presente formulario sia rilasciato per rinnovare un attestato emesso in precedenza non occorre compilare la parte B.

NOTES

- (1) A remplir uniquement quand le formulaire est établi à la demande de l'Institution du lieu de résidence.
- (2) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
- (3) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
- (4) Indiquer uniquement les membres de la famille qui se rendent temporairement dans l'autre Etat avec le travailleur.
- (5) A indiquer uniquement quand l'adresse des membres de la famille diffère de celle du travailleur.
- (6) Si la présente attestation est délivrée pour renouveler l'attestation précédemment emise l'Institution du lieu de résidence n'a pas a remplir la partie B.

Art. 13 p. 2 della Convenzione
 Art. 13 p. 2 de la Convention
 Art. 9 p. 2 e 3 dell'Accordo Amministrativo
 Art. 9 p. 2 et 3 de l'Arrangement Administratif

ATTESTATO PER L'ISCRIZIONE DEI TITOLARI DI PENSIONE O RENDITA
 ATTESTATION POUR L'INSCRIPTION DU TITULAIRE DE PENSION OU DE RENTE

A. NOTIFICA DEL DIRITTO/NOTIFICATION DU DROIT

1. All' Istituzione del luogo di residenza/A l'institution du lieu de résidence (1)

1.1. Denominazione/Dénomination

1.2. Indirizzo/Adresse (2)

1.3. Riferimento : vostra domanda del/Référence : votre demande du

2. Titolari di pensione o rendita/Titulaire de pension ou de rente

2.1. Cognome Nomi del padre del nonno
 Nom Prénoms du père du grand-père

2.2. Data di nascita
 Date de Naissance

Giorno Jour	Mese Mois	Anno Année	Luogo di nascita lieu de naissance	(Comune o frazione) (Cité, ville ou village)	(Provincia o Territorio) (Province, Pays ou Territoire)	(Stato) (Pays)
----------------	--------------	---------------	---------------------------------------	---	--	-------------------

Nazionalità
 Nationalité

2.3. Stato Civile

Etat civil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Celibe/Nubile Célibataire	Coniugato/a Marié/e	Vedovo/a Veuf/veuve	Divorziato/a Divorcé/e

2.4. Luogo di residenza

Lieu de résidence	(Numero e via) (Numéro et rue)	(Comune o frazione) (Cité, ville ou village)	(Provincia o territorio) (Province ou Territoire)	(Stato) (Pays)	(Codice Postale) (Code Postal)
-------------------	-----------------------------------	---	--	-------------------	-----------------------------------

2.5. Professione
 Profession

N° di immatricolazione
 N° d'immatriculation

in Italia
 en Italie

in Tunisia
 en Tunisie

2.6. Data del trasferimento/Date de transfert

3. Da compilare dall' Istituzione debitrice della pensione o rendita
A remplir par l'Institution débitrice de la pension ou de la rente

3.1. La persona soprannominata è titolare di pensione o rendita
La personne nommée ci-dessus est titulaire de pension ou de rente

- (3) di vecchiaia/*de vieillesse* (3) d'invalidità/*d'invalidité*
(3) d'infortunio sul lavoro/*d'accident du travail* (3) di malattia professionale/*de maladie professionnelle* (3) ai superstiti/*de survivants*

3.2. a decorrere dal/à partir du

3.3. Numéro della pensione o della rendita/*numéro de pension ou de rente*

4. Istituzione che ha compilato il quadro 3/*Institution qui a rempli le cadre 3*

4.1. Dénominazione/*Dénomination*

4.2. Indirizzo/*Adresse* (2)

4.3. Timbro/*Cachet*

4.4. Data/*Date*

4.5. Firma/*Signature*

5. Da compilare dall' Istituzione competente per le prestazioni sanitarie
A remplir par l'Institution compétente pour les prestations sanitaires

5.1. L'interessato, unitamente ai suoi familiari, ha diritto alle prestazioni in natura dell' assicurazione malattia e maternità a decorrere dal

L'intéressé ainsi que les membres de sa famille, ont droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité à partir du

5.2. Le dette prestazioni sono a carico della sottoscritta Istituzione
Les dites prestations sont à la charge de la soussignée institution

5.3. a decorrere dal e fino alla notifica di annullamento del presente attestato
à partir du jusqu'à réception de la notification de son annulation

6. Istituzione che ha compilato il quadro 5/*Institution qui a rempli le cadre 5*

6.1. Dénominazione/*Dénomination*

6.2. Indirizzo/*Adresse* (2)

6.3. Timbro/*Cachet*

6.4. Data/*Date*

6.5. Firma/*Signature*

B. NOTIFICA DELLA ISCRIZIONE O DELLA NON-ISCRIZIONE/NOTIFICATION DE L'INSCRIPTION OU DE LA NON INSCRIPTION

7. (4)

7.1. La persona indicata al quadro 2 ed i suoi familiari non sono stati iscritti
La personne indiquée au cadre 2 et les membres de sa famille n'ont pas été inscrits

7.2. La persona su indicata ha diritto alle prestazioni in natura in virtù della legislazione di questo Stato
La personne nommée ci-dessus a droit aux prestations en nature en vertu de la législation de cet Etat

7.3. Motivo/*Motif*

8. (4)

- 8.1. La persona indicata al quadro 2, unitamente ai familiari sono stati iscritti
La personne indiquée au cadre 2 et les membres de la famille ont été inscrits
- 8.2. Familiari iscritti/Membres de la famille inscrits
- | 8.3. | Cognome/Nom | Nomi/Prénoms | Cognome de nubile
Nom de jeune fille | Data di nascita
Date de naissance | Relazione di parentela
Lien de parenté |
|------|-------------|--------------|---|--------------------------------------|---|
| 8.4. | | | | | |
| 8.5. | | | | | |
| 8.6. | | | | | |
| 8.7. | | | | | |
| 8.8. | | | | | |
- 8.9. L'onere della prestazioni è a carico dell'Istituzione in indirizzo; la decorrenza del forfait di cui all'art. 16 della convenzione è il
Le coût de ces prestations est à la charge de l'Institution en adresse ; la date à prendre pour point de départ du calcul du forfait visé à l'art. 16 de la convention est le

9. Istituzione del luogo di residenza/Institution du lieu de résidence

- 9.1. Denominazione/Dénomination
- 9.2. Indirizzo/Adresse (2)
- 9.3. Timbro/Cachet
- 9.4. Data/Date
- 9.5. Firma/Signature

AVVERTENZE

Il formulario deve essere compilato in carattere stampatello, utilizzando unicamente le linee apposite
L'Istituzione competente compila la parte A del formulario e consegna due copie del formulario stesso al titolare della pensione o rendita, oppure invia tali copie all' Istituzione del luogo di residenza qualora sia stata questa Istituzione a richiedere il modello di cui trattasi.

Se del caso i due esemplari sono trasmessi prima all'Istituzione che compila i quadri 3 e 4. L'Istituzione del luogo di residenza, ricevute le due copie citate riempie la parte B e trasmette una copia del modello all' Istituzione indicata al quadro 6.

INDICAZIONI PER L'ASSICURATO

- Il presente formulario vi dà diritto alle prestazioni in natura dell'assicurazione malattia e maternità per voi stessi e per i vostri familiari.
- I due esemplari del formulario in vostro possesso debbono essere inviati il più presto possibile da voi stessi all' Istituzione di assicurazione malattia e maternità del luogo di vostra residenza.
- Le Istituzioni di assicurazione malattia e maternità in questione sono :
in ITALIA : la Unità Sanitaria Locale (USL) competente per territorio ;
in TUNISIA : la CAVIS.
- Questo formulario è valevole a partire della data indicata al quadro 5.
- Voi dovete, voi o i vostri familiari, segnalare all' Istituzione di assicurazione al quale il formulario sarà inviato, tutti i cambiamenti di situazione che possono modificare il diritto alle prestazioni in natura : abbandono o cambiamento d'impiego, cambiamento del vostro luogo di residenza o quello dei vostri familiari, ecc.

NOTE

- Da riempire unicamente quando il formulario è stato rilasciato a domanda dell' Istituzione del luogo di residenza.
- Codice postale, località, via, numero, Paese.
- Mettere una croce nella casella che precede l'indicazione appropriata.
- Se il formulario è rilasciato per rinnovare una attestazione emessa precedentemente, non occorre compilare la parte B.

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractère d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes.

L'Institution compétente remplit la partie A du formulaire et en remet deux exemplaires au titulaire de la pension ou rente, ou les fait parvenir à l'Institution du lieu de résidence si le formulaire est établi à la demande de celle-ci.

Si deux exemplaires avaient été déjà transmis à l'Institution qui remplit les cadres 3 et 4, l'institution de lieu de résidence remplit la partie B et retourne l'un des deux exemplaires à l'institution indiquée dans le cadre 6.

INDICATIONS POUR L'ASSURE :

- a) *Le présent formulaire vous donne droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité pour vous même et les membres de votre famille.*
- b) *Les deux exemplaires du formulaire qui sont en votre possession doivent être remis le plus tôt possible par vous-même à l'institution d'assurance maladie-maternité du lieu de votre résidence.*
- c) *Les Institutions d'assurance maladie-maternité en question sont :
en ITALIE : l'Unità Sanitaria Locale (USL) territorialement compétente ;
en TUNISIE : La CAVIS.*
- d) *Ce formulaire est valable à partir de la date indiquée au cadre 5.*
- e) *Vous devez, vous ou les membres de votre famille, signaler à l'Institution d'assurance à laquelle le formulaire aura été remis tout changement de situation qui pourrait modifier le droit aux prestations en nature : abandon ou changement d'emploi, changement de votre lieu de résidence, ou de celui d'un membre de votre famille, etc.*

NOTES

- (1) *A remplir uniquement quand le formulaire est établi à la demande de l'institution du lieu de résidence.*
- (2) *Code postal, localité, rue, numéro, Pays.*
- (3) *Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.*
- (4) *Si ce formulaire est délivré pour renouveler une attestation émise précédemment, il n'y a pas lieu de remplir la partie B.*

Art. 14 della Convenzione
 Art. 14 de la Convention
 Art. 9 p. 7 dell'Accordo Amministrativo
 Art. 9 p. 7 de l'Arrangement Administratif

ATTESTATO PER L'ISCRIZIONE DEI FAMILIARI DEL LAVORATORE
 ATTESTATION POUR L'INSCRIPTION DES MEMBRES DE LA FAMILLE
 DU TRAVAILLEUR

A. NOTIFICA DEL DIRITTO/NOTIFICATION DU DROIT

1. Istituzione del luogo di residenza/Institution du lieu de résidence (1)

1.1.	Denominazione/Dénomination
1.2.	Indirizzo/Adresse (2)
1.3.	Riferimento : vostro formulario del/du Référence : votre formulaire

2. Lavoratore/Travailleur

2.1.	Cognome	Nomi	del padre	del nonno
	Nom	Prénoms	du père	du grand-père

2.2.	Data di nascita Date de Naissance	Giorno Jour	Mese Mois	Anno Année	Luogo di nascita lieu de naissance	(Comune o frazione) (Cité, ville ou village)	(Provincia o Territorio) (Province, Pays ou Territoire)	(Stato) (Pays)
	Nazionalità Nationalité	_____						

2.3.	Stato Civile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Etat civil	Celibe/Nubile Célibataire	Coniugato/a Marié/e	Vedovo/a Veuf/veuve	Divorziato/a Divorcé/e

2.4.	Luogo di residenza	_____				
	Lieu de résidence	(Numero e via) (Numéro et rue)	(Comune o frazione) (Cité, ville ou village)	(Provincia o territorio) (Province ou Territoire)	(Stato) (Pays)	(Codice Postale) (Code Postal)

2.5.	Professione Profession	_____	
	N° di immatricolazione N° d'immatriculation	in Italia en Italie	_____
		in Tunisia en Tunisie	_____

9. (5)

- 9.1. I familiari del lavoratore di cui al quadro 2 non hanno potuto essere iscritti perchè :
Les membres de la famille du travailleur indiqué au cadre 2 n'ont pas été inscrits parce que :
- 9.2. nessun membro della famiglia ha diritto alle prestazioni
aucun membre de la famille n'a droit aux prestations (3)
- 9.3. tutti i familiari hanno già diritto alle prestazioni in natura a norma di quanto previsto dalla legislazione di questo Stato/*tous les membres de la famille ont déjà droit aux prestations en nature en vertu des dispositions de la législation de notre pays.* (3)
- 9.4. il coniuge o la persona che ha cura dei figli esercita un'attività professionale nel nostro paese/
le conjoint exerce une activité professionnelle dans notre pays.
- 9.5. lo stato di famiglia richiesto non è stato presentato
l'état de famille nécessaire n'a pas été présenté
- 9.6. (6)

10. (5)

- 10.1. I seguenti membri della famiglia del lavoratore indicati al quadro 2 sono stati iscritti :
Les membres suivants de la famille du travailleur indiqué au cadre 2 ont été inscrits :
- | 10.2. | Cognome/Nom | Nomi/Prénoms | Cognome da nubile
<i>Nom de la jeune fille</i> | Data di nascita
<i>Date de naissance</i> | Relazione di parentela
<i>Lien de parenté</i> |
|-------|-------------|--------------|---|---|--|
| 10.3. | | | | | |
| 10.4. | | | | | |
| 10.4. | | | | | |
| 10.5. | | | | | |
| 10.6. | | | | | |
| 10.7. | | | | | |
| 10.8. | | | | | |
- 10.9. l'onere delle citate prestazioni sono a carico dell'Istituzione in indirizzo, la data di decorrenza per il conteggio del forfait di cui all'art. 16 della Convenzione è il :
le coût de ces prestations est à la charge de l'Institution compétente, la date à prendre pour point de départ pour le calcul du forfait visé à l'art. 16 de la Convention est le

11. Istituzione del luogo di residenza/*Institution du lieu de résidence*

- 11.1. Denominazione/*Dénomination*
- 11.2. Indirizzo/*Adresse* (2)
- 11.3. Timbro/*Cachet*
- 11.4. Data/*Date*
- 11.5. Firma/*Signature*

AVVERTENZE

Il formulario deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee.
L'Istituzione competente compila la parte A dello stampato e consegna due copie dello stampato stesso al lavoratore oppure invia tali copie, se del caso, tramite l'Organismo di collegamento, all'Istituzione del luogo di residenza, qualora sia stata questa Istituzione a richiedere il modulo di cui trattasi. L'Istituzione del luogo di residenza, ricevute le copie citate, riempie la parte B del modulo e ne restituisce una copia all'Istituzione competente.

AVVERTENZE PER IL LAVORATORE

- a) Il presente formulario dà diritto ai vostri familiari a beneficiare delle prestazioni in natura per malattia o maternità,

- nello Stato ove risiedono, in conformità alle norme legislative di tale Stato ed a meno che i familiari stessi non abbiano già diritto alle predette prestazioni in forza delle norme citate.
- b) Le due copie presente stampato, appena in vostro possesso, devono essere da voi inviate ai vostri familiari, i quali le devono presentare immediatamente all'Istituto di assicurazione malattia e maternità del luogo ove risiedono, e cioè :
- in ITALIA : all'Unità Sanitaria Locale (USL) competente per territorio ;
 in TUNISIA : alla CNSS.
- c) Agli effetti del diritto alle prestazioni in natura, lo stampato in argomento è valido dalla data indicata al punto 5 del medesimo e per la durata segnalata al quadro 6 della stampato, in corrispondenza del quadratino contrassegnato con una X.
- d) Voi ed i vostri familiari siete tenuti ad informare l'Istituzione del luogo di residenza di qualsiasi cambiamento intervenuto nella vostra situazione che possa modificare il diritto alle prestazioni in natura, in particolare, l'abbandono, il matamento, la ripresa dell'occupazione, oppure qualsiasi trasferimento di residenza o di dimora vostro o dei vostri familiari.

NOTE

- (1) Da compilare solo qualora lo stampato sia emesso su richiesta dell' Istituzione del luogo di residenza.
- (2) Via, numero, codice postale, località, paese.
- (3) Mettere una croce nella casella che precede l'indicazione appropriata.
- (4) Ove il presente attestato sia già stato rilasciato per rinnovare l'attestato emesso in precedenza, di cui sia scaduta la validità, l'Istituzione del luogo di residenza non è tenuta a compilare la parte B.
- (5) Dei due quadri 9 e 10 compilare quello che interessa e riportare una X nel quadratino relativo al quadro stesse.
- (6) Altri motivi.

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes.

L'Institution compétente remplit la partie A du formulaire et en remet deux exemplaires au travailleur, ou les fait parvenir (le cas échéant par l'intermédiaire de l'Organisme de liaison) à l'Institution du lieu de résidence si le formulaire a été établi à la demande de celle-ci. L'Institution du lieu de résidence, une fois en possession de ces deux exemplaires, en remplit la partie B et retourne un exemplaire à l'Institution compétente.

INDICATIONS POUR LE TRAVAILLEUR

- a) *Le présent formulaire permet aux membres de votre famille de bénéficier des prestations en nature en cas de maladie ou de maternité dans le pays où ils résident et selon la législation de ce pays, à moins qu'ils aient déjà droit en vertu de cette même législation.*
- b) *Dès que les deux exemplaires du présent formulaire seront en votre possession, vous devez les envoyer aux membres de votre famille qui devront les présenter immédiatement à l'Institution d'assurance maladie-maternité du lieu de leur résidence, c'est-à-dire :*
en ITALIE : à l'Unità Sanitaria Locale (USL) territorialement compétente ;
en TUNISIE : à la CNSS.
- c) *Ce formulaire est valable à partir de la date mentionnée au point 5 et pour la durée indiquée au cadre 6, en regard de la case marquée d'une croix.*
- d) *Vous devez, vous ou les membres de votre famille, signaler à l'Institution du lieu de résidence tout changement de situation qui pourrait modifier le droit aux prestations en nature (abandon ou changement d'emploi, changement de votre lieu de résidence ou de séjour ou de celui d'un membre de votre famille, etc.).*

NOTES

- (1) *A remplir uniquement quand le formulaire est établi à la demande de l'Institution du lieu de résidence.*
- (2) *Code postal, localit , rue, numéro, pays.*
- (3) *Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.*
- (4) *Si la présente attestation est délivrée pour renouveler l'attestation précédemment  mise et dont la validit  a expiré l'Institution du lieu de résidence n'a pas à remplir la partie B.*
- (5) *Remplir le cadre 9 ou le cadre 10 selon le cas et mettre une croix dans la case correspondante.*
- (6) *Autres motifs.*

Art. 12 della Convenzione
 Art. 12 de la Convention
 Art. 9 par. 4 e par. 7 dell'Accordo Amministrativo
 Art. 9 par. 4 e par. 7 de l'Arrangement Administratif

ATTESTATO RIGUARDANTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA DURANTE
 UN SOGGIORNO TEMPORANEO NEL PAESE DI ORIGINE
 ATTESTATION DE DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE PENDANT UN
 SEJOUR TEMPORAIRE DANS LE PAYS D'ORIGINE

1. Istituzione del luogo di soggiorno/Institution du lieu de séjour (1)

1.1. Denominazione/Dénomination

1.2. Indirizzo/Adresse (2)

1.3. Richiesta/Requête, Form./Form. del/du

2. Lavoratore/Travailleur

2.1. Cognome Nomi del padre del nonno
 Nom Prénoms du père du grand-père

2.2. Data di nascita
 Date de Naissance

Giorno Jour	Mese Mois	Anno Année
----------------	--------------	---------------

Nazionalità
 Nationalité

Luogo di nascita
 lieu de naissance

(Comune o frazione) (Provincia d (Stato)
 (Cité, ville ou village) Territorio) (Pays)
 (Province, Pays
 ou Territoire)

2.3. Stato Civile

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Etat civil Celibe/Nubile Coniugato/a Vedovo/a Divorziato/a
 civil Célibataire Marié/e Veuf/veuve Divorcé/e

2.4. Luogo di residenza

Lieu de résidence

(Numero e via) (Comune o frazione) (Provincia o territorio) (Stato) (Codice Postale)
 (Numéro et rue) (Cité, ville ou village) (Province ou Territoire) (Pays) (Code Postal)

3. Membri della famiglia/*Membres de la famille* (4)

3.1.	Cognome/ <i>Nom</i>	Nomi/ <i>Prénoms</i>	Cognome da nubile <i>Nom de jeune fille</i>	Data di nascita <i>Date de naissance</i>	Relazione di parentela <i>Lien de parenté</i>

3.2. Indirizzo abituale (2) (5)
Adresse habituelle

4. Le persone sopra indicate hanno diritto al le prestazioni in natura della Assicurazione malattia e maternità. Tali prestazioni possono essere corrisposte :
Les personnes précitées ont droit aux prestations en nature de l'Assurance maladie-maternité. Ces prestations peuvent être servies :

- 4.1. dal/du al/au (3)
- 4.2. per i casi di malattia insorti fino al incluso (3)
pour les cas de maladie survenue jusqu'au inclus (3)
- 4.3. per/et pendant giorni/jours settimane/semaines (3)

5. Istituzione competente/*Institution compétente*

- 5.1. Denominazione/*Dénomination*
- 5.2. Indirizzo/*Adresse* (2)
- 5.3. Timbro/*Cachet*
- 5.4. Data/*Date*
- 5.5. Firma/*Signature*

AVVERTENZE

Il formulario deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le opposte linee. L'istituzione competente o, se del caso, l'istituzione del luogo di residenza del titolare di pensione o rendita, compila il formulario e lo restituisce all'interessato oppure lo trasmette all'istituzione del luogo di dimora ove sia stato emesso su richiesta di quest'ultima.

Avvertenze per l'assicurato e per familiari :

- a) il presente documento consente :
 - all'assicurato e ai familiari elencati al quadro 3, che si trovino temporaneamente nel Paese (Paese di origine) diverso dalla Stato competente ;
 - al titolare di pensione o rendita ed ai suoi familiari indicati al quadro 3 che si trovino temporaneamente in un Paese (Paese di dimora) diverso da quello ove risiedono abitualmente,
- b) Quando sono necessarie prestazioni, compreso il ricovero in ospedale, questo documento deve essere presentato all'istituzione di assicurazione del Paese di dimora, e cioè :
 - in ITALIA, per la generalità degli assistati, all'Unità Sanitaria Locale (USL) competente per territorio ; per il personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile, al Ministero della Sanità, Ufficio di Sanità Marittima o Aerea competente per territorio ;
 - in TUNISIA CNSS : per i lavoratori
CAVIS : per i titolari di pensione

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes L'Institution compétente ou, le cas échéant, l'Institution du lieu de résidence du titulaire de pension ou de rente remplit le formulaire et le remet à l'intéressé, ou l'envoie à l'Institution du lieu de séjour si le formulaire a été établi à la demande de celle-ci.

INDICATIONS POUR L'ASSURE ET LES MEMBRES DE SA FAMILLE :

- a) *le présent document permet :*
- *au travailleur et aux membres de sa famille énumérés au cadre 3, qui se trouvent en séjour temporaire dans le Pays d'origine différent de l'Etat compétent ;*
 - *au titulaire de pension ou de rente et aux membres de sa famille énumérés au cadre 3, qui séjournent temporairement dans un autre pays que celui où ils ont leur résidence habituelle, d'obtenir des Organismes assureurs du Pays de séjour les prestations en nature en cas de maladie ou de maternité et, à titre provisoire, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.*
- b) *Quand un des intéressés doit recourir aux prestations, y compris l'hospitalisation, ce document doit être présenté à l'Organisme assureur du Pays de séjour, c'est-à-dire :*
- en ITALIE pour la généralité des assurés, à l'Unità Sanitaria Locale (USL) compétente pour le territoire; pour le personnel de navigation, gens de mer et de l'aviation civil, au Ministero della Sanità, Ufficio de Sanità Marittima o Aerea compétente pour le territoire ;*
 - en TUNISIE : CNSS : pour les travailleurs*
CAVIS : pour les titulaires de pension

NOTE

- (1) *Da riempire unicamente quando il formulario è rilasciato a domanda dell'Istituzione del luogo di soggiorno.*
- (2) *Codice postale, località, via, numero, paese.*
- (3) *Mettere una croce nella casella che precede la indicazione appropriata.*
- (4) *Indicare unicamente i membri della famiglia che si recano temporaneamente nell'altro Stato con il lavoratore.*
- (5) *Da indicare unicamente quando l'indirizzo dei membri della famiglia differisce da quello del lavoratore o del titolare della pensione o rendita.*

NOTES

- (1) *A remplir uniquement quand le formulaire est établi à la demande de l'Institution du lieu de séjour.*
- (2) *Code postal, localité, rue, numéro, pays.*
- (3) *Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.*
- (4) *Indiquer uniquement les membres de la famille qui se rendent temporairement dans l'autre Etat avec le travailleur.*
- (5) *A indiquer uniquement quand l'adresse des membres de la famille diffère de celle du travailleur ou du titulaire de pension ou de rente.*

- Artt. 15 e 26 della Convenzione
 Art. 15 et 26 de la Convention
 Artt. 10, 19 (1) e 20 dell'Accordo Amministrativo
 Art. 10, 19 (1) et 20 de l'Arrangement Administratif

CONCESSIONE DI PROTESI, DI GRANDI APPARECCHI, ECC.
 OCTROI DE PROTHESES, DE GRAND APPAREILLAGE, ETC.

L'istituzione del luogo di residenza o di dimora compila la parte A e trasmette all'Istituzione competente una o due copie del formulario secondo che la notifica riguarda, rispettivamente, il punto 7.1. o il punto 7.2. L'Istituzione competente, qualora ravvisi di doversi opporre all'erogazione della prestazioni, dovrà riempire la parte B ed inviare una copia del formulario all'istituzione del luogo di residenze o di dimora.

L'Institution du lieu de résidence ou de séjour remplit la partie A et transmet à l'Institution compétente un ou deux exemplaires du formulaire selon que cette notification concerne, respectivement, le cas visé au point 7.1. ou au point 7.2. Si l'Institution compétente estime devoir faire opposition au service des prestations, elle doit remplir la partie B et renvoyer un exemplaire du formulaire à l'Institution du lieu de résidence ou de séjour.

A. NOTIFICA/NOTIFICATION

1. All'Istituzione competente/A l'Institution compétente

1.1. Denominazione :
 Dénomination

1.2. Indirizzo : (1)
 Adresse : (1)

2	<input type="checkbox"/> (2) Lavoratore salariato e assimilato Travailleur salarié et assimilé	<input type="checkbox"/> Titolare di pensione o rendita (regime dei lavoratori salariati e assimilati) Titulaire de pension ou de rente (régime des travailleurs salariés et assimilés)
	<input type="checkbox"/> (2) Lavoratore indipendente Travailleur indépendant	<input type="checkbox"/> Titolare di pensione o di rendita (regime dei lavoratori indipendenti) Titulaire de pension ou de rente (régime des travailleurs indépendants)

2. Lavoratore/Travailleur

2.1.	Cognome	Nomi	del padre	del nonno
	Nom	Prénoms	du père	du grand-père

2.2.	Data di nascita Date de Naissance	Giorno Jour	Mese Mois	Anno Année	Luogo di nascita lieu de naissance	(Comune o frazione) (Cité, ville ou village)	(Provincia o Territorio) (Province, Pays ou Territoire)	(Stato) (Pays)
	Nazionalità Nationalité							

2.3.	Stato Civile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Etat civil	Celibero/Nubile Célibataire	Coniugato/a Marié/e	Vedovo/a Veuf/veuve	Divorziato/a Divorcé/e

2.4. Luogo di residenza

Lieu de résidence (Numero e via) (Comune o frazione) (Provincia o territorio) (Stato) (Codice Postale)
(Numéro et rue) (Cité, ville ou village) (Province ou Territoire) (Pays) (Code Postal)

2.5. Professione

Profession
N° di immatricolazione in Italia
N° d'immatriculation en Italie
in Tunisia
en Tunisie

3. Familiare in causa
Membre de la famille concerné

3.1. Cognome/Nom Nom/Prénoms Cognome de nubile Data di nascita Relazione di parentela
Nom de jeune fille Date de naissance Lien de parenté

3.2. Indirizzo in Italia (1) (3)
Adresse habituelle

4. Riferimento :
Référence :

4.1. al vostro formulario del/du (3)
votre formulaire

4.2. Al nostro formulario del/du
notre formulaire

5. I servizi sanitari di questa istituzione hanno riconosciuto, per la persona indicata
Nos services médicaux ont reconnu, pour la personne désignée

al quadro 2 al quadro 3
au cadre 2 au cadre 3

5.1. La necessità L'urgenza assoluta
La nécessité L'urgence absolue

5.2. della seguenti prestazioni:
des prestations suivantes

5.3. Il cui costa probabile effettivo ai sensi della nostra legislazione
Le coût probable effectif è di : (4)
dans le cadre de notre législation est de (4)

6. Si allega il rapporto del medico di controllo (5)
Vous trouverez en annexe le rapport médical de contrôle

7. Le prestazioni citate al punto 5.2.
Les prestations citées au point 5.2.

7.1. sono già state accordate d'urgenza in data
ont déjà été servies d'urgences le

- 7.2. Saranno accordate qualora, entro 30 giorni dalla data d'invio della presente notifica, non pervenga da voi una motivata opposizione.
Seront servies si nous ne recevons pas d'opposition motivée de votre part dans les 30 jours à dater de l'envoi de la présente notification.

8. Istituzione del luogo di residenza o di dimora
Institution du lieu de résidence ou de séjour

8.1. Denominazione/Dénomination

8.2. Indirizzo/Adresse (2)

8.3. Timbro/Cachet

8.4. Data/Date

8.5. Firma/Signature

B. EVENTUALE OPPOSIZIONE DELL'ISTITUZIONE COMPETENTE
· OPPOSITION EVENTUELLE DE L'INSTITUTION COMPETENTE

9. In riferimento al punto 7.2. vi comunichiamo che le prestazioni indicate al punto 5.2. non possono essere erogate.
Comme suite au point 7.2. nous avons l'honneur de vous faire savoir que les prestations indiquées au point 5.2. ne peuvent être accordées
Motivo :
Motif

.....

.....

Vie e termine di ricorso/Voies et délai de recours

10. Istituzione competente
Institution compétente

10.1. Dénomination :

Dénomination

10.2. Indirizzo (1)

Adresse

10.3. Timbro/Cachet

10.4. Data/Date

10.5. Firma/Signature

AVVERTENZE/INSTRUCTIONS

Il presente formulario deve essere compilato in stampatello utilizzando unicamente le linee apposite punteggiate.
Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie en utilisant uniquement les lignes pointillées.

NOTE/NOTES

- (1) Via, numero, codice postale, località, paese.
Rue, numéro, code postal, localité, pays.
- (2) Da indicare esclusivamente quando l'indirizzo del familiare differisce da quello indicato al quadro 2.
A indiquer seulement lorsque l'adresse du membre de la famille diffère de celle mentionnée au cadre 2.
- (3) Indicare il numero e la data del modulo attestante al diritto alle prestazioni dell'assicurato.
Numéro et date d'émission du formulaire attestant le droit de l'intéressé aux prestations.
- (4) Importo da indicare nella moneta del paese di dimora o di residenza.
Montant à indiquer dans la monnaie du pays de résidence ou de séjour.
- (5) Nell' eventualità che venga allegato al rapporto di cui trattasi, riportare una x nel quadratino.
Si le rapport médical est joint au formulaire, mettre une croix dans la case prévue.

9. Istituzione del luogo di residenza/*Institution du lieu de résidence*

- 9.1. Denominazione/*Dénomination*
- 9.2. Indirizzo/*Adresse* (2)
- 9.3. Timbro/*Cachet*
- 9.4. Data/*Date*
- 9.5. Firma/*Signature*

AVVERTENZE/INSTRUCTIONS

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello utilizzando unicamente le apposite linee.

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes.

L'Istituzione competente redige la parte A dello stampato e trasmette due copie dello stampato stesso all'Istituzione del luogo di residenza (eventualmente tramite l'Organismo di collegamento). L'Istituzione del luogo di residenza compila la parte B e, al più presto possibile, invia un esemplare del formulario all'Istituzione competente.

L'Institution compétente remplit la partie A du formulaire et adresse deux exemplaires de celui-ci à l'Institution du lieu de résidence (le cas échéant par l'intermédiaire de l'Organisme de liaison). L'Institution du lieu de résidence remplit la partie B et retourne au plus tôt un exemplaire du formulaire à l'Institution compétente.

NOTE/NOTES

- (1) Mettere una croce nella casella che precede l'indicazione appropriata.
Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
- (2) Via, numero, codice postale, località, paese.
Rue, numéro, code postal, localité, pays.
- (3) Da compilare esclusivamente nei casi in cui lo stampato notifici la soppressione o la sospensione del diritto alle prestazioni in natura dei soli familiari; il tal caso indicare uno solo di essi.
A remplir uniquement quand la suppression ou la suspension du droit aux prestations en nature notifiée par le présent formulaire n'affecte que les membres de la famille; dans ce cas, indiquer un seul de ceux-ci.
- (4) Indicare eventuali altri motivi.
Autres motifs, s'ils y a lieu.

Art. 25 par. 1 della Convenzione
 Art. 25 par 1. de la Convention
 Art. 19 dell'Accordo Amministrativo
 Art. 19 de l'Arrangement Administratif

ATTESTATO CONCERNENTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA DELLA
 ASSICURAZIONE INFORTUNI SUL LAVORO E. MALATTIE PROFESSIONALI
 ATTESTATION DE DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE DE L'ASSURANCE
 CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES

Il formulario, qualora sia stato richiesto dall'Istituzione del luogo di residenza o di dimora dell'interessato, deve essere inviato all'Istituzione stessa ; negli altri casi deve essere consegnato al lavoratore.

Quand le formulaire a été demandé par l'Institution du lieu de résidence ou de séjour de l'intéressé, il doit être adressé à ladite institution ; dans les autres cas, il doit être remis au travailleur.

1. All'Istituzione del luogo di residenza o di dimora / A l'Institution du lieu de résidence ou de séjour

1.1. Denominazione :
 Dénomination
 1.2. Indirizzo : (1)
 Adresse : (1)
 1.3. Riferimento : vostra domanda del
 Référence : votre requête du

2. Lavoratore subordinato Lavoratore autonomo
 Travailleur salarié Travailleur indépendant

2.1. Cognome Nomi del padre del nonno
 Nom Prénoms du père du grand-père

2.2. Data di nascita

Giorno	Mese	Anno
Jour	Mois	Année

 Luogo di nascita

(Comune o frazione)	(Provincia o Territorio)	(Stato)
(Cité, ville ou village)	(Province, Pays ou Territoire)	(Pays)

 Nazionalità _____
 Nationalité _____

2.3. Stato Civile
 Etat civil Célibe/Nubile Coniugato/a Vedovo/a Divorziato/a
 Célibataire Marié/e Veuf/veuve Divorcé/e

2.4. Luogo di residenza _____
 Lieu de résidence (Numero e via) (Comune o frazione) (Provincia o territorio) (Stato) (Codice Postale)
 (Numéro et rue) (Cité, ville ou village) (Province ou Territoire) (Pays) (Code Postal)

2.5. Professione _____
Profession

N° di immatricolazione
N° d'immatriculation

in Italia _____
en Italie

in Tunisia _____
en Tunisie

3. A seguito/En raison

3.1. di quanto da voi notificato mediante la comunicazione del
des éléments indiqués dans votre communication du

3.2. dell' infortunio sul lavoro verificatosi il
de l'accident du travail survenu le
con le seguenti conseguenze :
et entraînant les conséquences suivantes

3.3. della malattia professionale verificatasi il
de la maladie professionnelle contractée le
con le seguenti conseguenze
et entraînant les conséquences suivantes

3.4. dell' autorizzazione da noi accordata all' interessato a conservare il beneficio delle prestazioni in natura in Tunisia dove si reca
de l'autorisation que nous avons accordée à l'intéressé de conserver le bénéfice des prestations en nature en Tunisie où il se rend.

per stabilire la propria residenza
pour y établir sa résidence

per cure
pour y recevoir des soins

4. Al lavoratore predetto possono essere concesse prestazioni in natura
Le travailleur désigné ci-dessus peut bénéficier des prestations en nature

per infortunio sul lavoro
pour accident du travail

per malattia professionale
pour maladie professionnelle

4.1. fino al
jusqu'au

4.2. fino alla notifica do annullamento del presente attestato
jusqu'à annulation de la présente attestation

5. Il rapporto riservato dal nostro medico di controllo
Le rapport de notre médecin contrôleur

5.1. è allegato in busta chiusa
est joint sous pli fermé

5.2. è stato inviato il a (2)
a été envoyé le à

5.3. può essere richiesto alla sottoscritta istituzione
peut nous êtres demandé

5.4. non è stato compilato
n'a pas été établi

6. Istituzione competente/*Institution compétente*

-
- 6.1. Denominazione/*Dénomination*
- 6.2. Indirizzo/*Adresse* (1)
-
- 6.3. Timbro/*Cachet*
- 6.4. Data/*Date*
- 6.5. Firma/*Signature*
-

AVVERTENZE/INSTRUCTIONS

Il presente formulario deve essere compilato in stampatello utilizzando unicamente le linee apposite punteggiate.
Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées.

NOTE/NOTES

- (1) Via, numero, codice postale, località, pays.
Rue, numéro, code postal, localité, pays.
- (2) Denominazione ed indirizzo dell'istituzione alla quale è stata inviata il rapporto medico.
Dénomination et adresse de l'institution à laquelle le rapport médical a été adressé.

GUIDA
ALL'ASSISTENZA SANITARIA
EROGATA DAL S.S.N.
AI CITTADINI NON ITALIANI
PRESENTI IN ITALIA

Agosto 2009