

CONVENZIONE SULLA SICUREZZA SOCIALE

TRA IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA ITALIANA E IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA ARGENTINA

(Art. 16, paragrafo 1, dell'Accordo Amministrativo)

CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL

ENTRE EL GOBIERNO DE LA REPUBLICA ARGENTINA Y EL GOBIERNO DE LA REPUBLICA ITALIANA

(Art. 16, párrafo 1, del Acuerdo Administrativo)

DOMANDA DI PRESTAZIONE

SOLICITUD DE PRESTACIÓN

---

AVVERTENZE PER LA COMPILAZIONE  
ADVERTENCIAS PARA SER COMPLIMENTADA

Si prega di scrivere in stampatello o, comunque, in modo leggibile.  
*Se ruega escribir en letras mayúsculas de modo que sea legible.*

Il formulario deve essere compilato in tutte le sue voci.  
*El formulario tiene que ser redactado en todas sus secciones.*

Nell'interesse del richiedente è opportuno che sia allegata la documentazione indicata nelle note (4), (5), (8) e (10); non è necessario esibire documentazione originale, tranne che per le ricevute dei versamenti contributivi dei lavoratori autonomi; le fotocopie dei documenti devono essere autenticate o da un funzionario dell'I.N.P.S. espressamente designato o dal segretario comunale o dal notaio o dal cancelliere.

*Es en interés del solicitante adjuntar la documentación pedida en las notas (4), (5), (8) y (10); no es preciso entregar documentación original excepto para los recibos de las contribuciones pagadas por los trabajadores autónomos; las fotocopias de los documentos tiene que ser legalizadas o por un funcionario **del I.N.P.S. expresamente** designado o por un secretario municipal, por el notario, o por el canceller.*

Domanda di pensione  
*Prestación solicitada*

(1)

di invalidità  
*jubilación por invalidez*  
di vecchiaia  
*jubilación ordinaria* ,  
ai superstiti  
*pensión*  
per età avanzata  
*jubilación por edad avanzada*

Presentata da  
Por

(Cognome (2) e nomi del .....\_ richiedente)  
(*Apellido (2) y nombres del/de la solicitante*)

in (3)

nazionalità  
*nacionalidad*

sesso  
*sexo*

stato civile  
*estado civil*

(Celibe, nubile, coniugato/a, vedovo/a, divorziato/a, separato/a)  
(*Soltero/ra, casado/da, viudo/da, divorciado/da, separado/da*)

luogo e data di nascita  
*lugar y fecha de nacimiento*

luogo e data del matrimonio  
*lugar y fecha del matrimonio*

indirizzo completo  
*dirección completa*

(Via numero civico / *Calle, numero*)

(C.A.P., località, provincia, Stato / *C.P., localidad, provincia, País*)

DATI ANAGRAFICI RELATIVI ALL'ASSICURAT DEFUNT / *DATOS DEL(DE LA) ASEGURAD FALLECID*  
(da compilare nel caso di pensione ai superstiti) (*a cumplimentar en caso de pensión*)

Cognome(2) e nomi  
*Apellido(2) y nombres* ,

in (3)

nazionalità  
*nacionalidad*

sesso  
*sexo*

stato civile :  
*estado civil*

(Celibe, nubile, coniugato/a, vedovo/a, divorziato/a, separato/a)  
(*Soltero/ra, casado/da, viudo/da, divorciado/da, separado/da*)

luogo e data di nascita  
*lugar y fecha de nacimiento*

luogo e data del decesso  
*lugar y fecha del fallecimiento*

#### STATO DI FAMIGLIA - *DATOS DE FAMILIA*

Cognome e nomi <i>Apellido y nombres</i>	Relazione di parentela <i>Parentesco</i>	Data di nascita <i>Fecha de nacimiento</i>	ANNOTAZIONI <i>ANNOTACIONES</i>

(1) Contrassegnare con X la prestazione richiesta / *Indicar con una X la prestación solicitada.*

(2) Per le donne coniugate indicare il cognome da nubile / *Para las mujeres casadas indicar también el apellido de soltera.*

(3) Indicare il cognome del marito per le donne coniugate / *Para las mujeres casadas indicar también el apellido del esposo.*

ALTRE NOTIZIE CONCERNENTI L'ASSICURAT  
OTROS DATOS RELATIVOS AL(A LA) ASEGURADO(DA)

Data di ingresso in Argentina  
*Fecha de entrada en la Argentina*

Certificato di ingresso in Argentina(4) (tipo)  
*Certificado de entrada en la Argentina(4) (tipo)*

n.  
n.

rilasciato il .  
*expedido en fecha*

Documento argentino di identità(5) (tipo)  
*Documento argentino de identidad(5) (tipo)*

n.  
n.

rilasciato da  
*expedido por*

il  
*en fecha*

Ultima occupazione in Argentina presso terzi:  
*Ultima ocupación, bajo dependencia, en la Argentina:*

(cognome e nome del datore di lavoro o denominazione della Ditta / *Apellido y nombre del empleador o razón social*)

(Via, numero civico, C.A.P., località, provincia / *Calle, n., C.P., localidad y provincia*)

Attività esercitata  
*Actividad ejercida*

Ultima occupazione in Argentina in qualità di lavoratore autonomo:  
*Ultima ocupación en la Argentina como trabajador autónomo:*

Precisare la relativa qualifica e indicare la località in cui il lavoro è stato effettuato / *Indicar el caracter y lugar de trabajo*)

Data di cessazione dell'ultima occupazione svolta in Argentina:  
*Fecha de cesación de la ultima ocupación en la Argentina:*

- in qualità di lavoratore dipendente  
*como trabajador dependiente*
- in qualità di lavoratore autonomo  
*como trabajador autónomo*

Numero della posizione assicurativa in Argentina (se conosciuto)  
*Numero de posición asegurativa en la Argentina (si se conoce)*

Il richiedente svolge/non svolge attività lavorativa (6) in qualità di (7)  
*El solicitante trabaja/no trabaja (6) como (7)*

PERIODI DI LAVORO IN ARGENTINA / PERIODOS DE TRABAJO EN LA ARGENTINA

dal <i>desde</i>	Al <i>hasta</i>	Cognome, nome e indirizzo del datore di lavoro o denominazione e indirizzo della Ditta (nel caso di lavoro alle dipendenze di terzi) <i>Empleador o razón social y domicilio (en caso de trabajo bajo dependencia)</i> Località in cui il lavoro è stato effettuato (nel caso di lavoro autonomo) <i>Lugar de trabajo (en caso de trabajo autónomo)</i>	Denominazione dell'Istituzione competente  <i>Denominación de la Institución competente</i>	N. di assicurazione nella assicurazione argentina  <i>N. de afiliación en el Regimen previsional argentino</i>

(4) Allegare fotocopia autenticata del passaporto, carta d'identità o altra documentazione pubblica comprovante l'ingresso in Argentina.  
*Adjuntar fotocopia autenticada del pasaporte, tarjeta de identidad, o otra documentación que compruebe el entrada en Argentina.*

(5) Allegare fotocopia. / *Adjuntar fotocopia.*

(6) Cancellare l'ipotesi che non ricorre. / *Borrar la hipótesis que no resulta.*

(7) Precisare se trattasi di lavoro autonomo o dipendente indicando, in quest'ultimo caso, il datore di lavoro. / *Precisar si es trabajo autónomo o bajo dependencia y indicar en este caso, el empleador.*

Documentazione assicurativa e del lavoro in Argentina presentata dal richiedente a corredo della domanda (8):  
*Documentación del trabajo en la Argentina presentada por el(la) solicitante juntamente con la solicitud (8):*

In mancanza di documentazione, l'attività lavorativa esplicata in Argentina dal richiedente può essere confermata:  
dall'assicurat defunt

*A falta documentación, la actividad en la Argentina por el(la) solicitante puede ser testimoniada:*  
*el(la) asegurado(da) fallecido(da)*

dal Signor  
por el Señor (Cognome e nome / *Apellido y nombre*)

(Via, numero civico, piano, interno, C.A.P., località e provincia/ *Calle, n., piso,depto,C.P. ,localidad y provincia*)

e dal Signor  
y por el Señor (Cognome e nome / *Apellido y nombre*)

(Via, numero civico, piano, interno, C.A.P., località e provincia/ *Calle, n., piso,depto,C.P. ,localidad y provincia*)

entrambi residenti in Argentina.  
*ambos residentes en la Argentina.*

Il richiedente beneficia in ITALIA di  
non beneficia (precisare il genere di prestazione goduta/ *indicar clase de prestación*)  
*El solicitante goza/no goza en ITALIA*

a carico del dal col n.  
(denominazione dell'Istituzione competente) desde con el n.  
a cargo de *(denominación de la Institución competente)*

e nella REPUBBLICA ARGENTINA beneficia di  
non beneficia (precisare il genere di prestazione goduta/ *indicar clase de prestación*)  
*y en la REPUBLICA ARGENTINA goza/no goza de*

a carico di  
*a cargo de* (denominazione dell'Istituto competente / *denominación de la Institución competente*)

dal col n. Prat.(9)  
*desde* con el n. Expte(9)

Il richiedente allega la delega a riscuotere la pensione argentina.(10)  
*El solicitante adjunta la carta para poder percibir el beneficio argentino.(10)*

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, dichiara, sotto la propria responsabilità, che le risposte alle domande di cui al presente formulario sono conformi al vero.

*Il/la suscripto/a, conocedor de las consecuencias civiles y penales previstas por aquellas que hacen declaraciones falsas, declara, bajo su responsabilidad, que las contestaciones a la preguntas en este formulario son en conformidad con la verdad .*

(Luogo e data / *Lugar y fecha*)

.....  
(Firma del/della richiedente ovvero del suo legale rappresentante)  
(Firma del/de la solicitante o de su representante legal)

Indirizzo completo:  
*Dirección completa:* (via, numero civico / *Calle, numero*)

(C.A.P., località, provincia. Stato/ *C.P., localidad, provincia. país*).

DA COMPILARE DA PARTE DELL'I.N.P.S. / A CUMPLIMENTAR POR EL I.N.P.S.

La domanda è pervenuta il .....

*Fecha de recepción de la solicitud:*

Si attesta che i dati anagrafici riportati nel presente formulario sono stati rilevati dai documenti originali presentati dall'interessato(a).

*Se certifica que los datos consignados en el presente formulario han sido extraídos de los documentos originales presentados por el(la) interesado.*

per l'I.N.P.S.

*por el I.N.P.S.*

.....  
(Luogo e data. / *Lugar y fecha*)

.....  
(Timbro e firma/ *Sello y firma*)

(8) Per i Invaloratori dipendenti allegare in originale (o in fotocopia autenticata) qualsiasi documento comprovante l'iscrizione ad una Cassa assicurativa; il libretto assicurativo; il libretto di lavoro o d'imbarco; il certificato di servizio rilasciato dal datore di lavoro.

Per i Invaloratori autonomi allegare: le ricevute ORIGINALI dei versamenti contributivi; i documenti comprovanti eventuali riscatti di periodi assicurativi (in originale o in fotocopia autenticata); la fotocopia autenticata del passaporto o di altro documento pubblico comprovante l'uscita dallo Stato.

*Para los trabajadores bajo dependencia, se adjunte cualquier documento original (o la fotocopia autenticada) que compruebe la afiliación a un organismo previsional: la libreta de aportes, la libreta de trabajo o embarco, el certificado de servicio expedido por el empleador.*

*Por los trabajadores autónomos, se adjunta los recibos ORIGINALES de las contribuciones pagadas, los documentos que compruebe eventuales rescates de períodos de seguros (original o fotocopia); la fotocopia autenticada de pasaporte o otro documento publico que compruebe la salida del País.*

(9) Allegare la fotocopia del libretto di pensione argentina.

*Adjunter, fotocopia de la constancia de prestación argentina.*

(10) Compilare l'apposita delega per la riscossione della pensione argentina in duplice copia.

*Complimentar la carta poder para percibir el beneficio argentino en dos copias.*

DELEGA A RISCOUTERE / CARTA PODER PARA PERCEBIR  
(da compilare in duplice copia / a cumplimentar en dos copias)

N. della pratica  
*Expediente N.*

Cassa  
*Ex-Caja*

Il/la sottoscritto/a  
*Quien subscribe don/na*

con la presente delega autorizza  
*por la presente Carta poder autoriza*

il (\*) a riscuotere in sua vece la pensione (\*\*)  
*al (\*) para que pueda percibir en su nombre y representación la (\*\*)*

di cui è titolare a carico della Cassa nazionale di previdenza di  
*de la que es titular en la Caja Nacional de previsión*

dando facoltà al suo delegato di rilasciare le quietanze e le ricevute che la Cassa richieda o possa richiedere. Dichiara, in particolare, che tale delega avrà validità, senza restrizioni o modifica alcuna, fino a che egli non la revocherà esplicitamente a mezzo di atto pubblico o di nuova delega. Nel caso contrario la Cassa riterrà valida la presente.

*estendo facultado mi apoderado a subscribir los recibos y demás resguardos, que la Caja exija o pueda exigir; declaro especialmente que este poder querada subsistente, sin restricción ni modificación alguna, hasta tanto presente ante la Caja la revocación expresa del mismo, ya sea por escritura publica o por nueva Carta poder, sin cuyo requisito podrá la Caja tener por valida la presente.*

DATI ANAGRAFICI RELATIVI AL DELEGANTE / DATOS DEL PODERDANTE

Cognome e nomi  
*Apellido/s y nombre/s*

Documento di identità  
*Documento di identidad*

Domicilio  
*Domicilio* (Via, numero civico, C.A.P., località, provincia / *Calle, n., C.P., localidad, provincia*)

(Luogo e data / *Lugar y fecha*)

(Firma del delegante / *Firma del poderdante*)

Si dichiara che la firma del/della Signor  
*Certificamos que la firma de*

è autentica (\*\*\*)  
*es autentica (\*\*\*)*

(Luogo e data / *Lugar y fecha*)

(Timbro / *Sello*)

(Firma e qualifica del funzionario)  
*(Firma, aclaración y cargo)*

Riservato al delegato / *Reservado para el adoperado*

Dichiariamo di accettare la presente delega / *Declaramos aceptar la presente Carta poder*

(Luogo e data / *Lugar y fecha*)

(Timbro / *Sello*)

(Firma per accettazione e qualifica)  
*(Firma, aclaración y cargo)*

(\*) Banca Commerciale Italiana in Buenos Aires o altro Ente pubblico nazionale, provinciale o comunale, ovvero il coniuge, ascendenti, discendenti, collaterali fino al 4° grado ed affini fino al 2° grado.

*Banca Commerciale Italiana en Buenos Aires o otra Entidad Publica Nacional, Provincial o Municipal que corresponda, o el conyuge, ascendientes, descendientes y parientes colaterales, hasta el 4° grado y por afinidad hasta el 2° grado.*

(\*\*) Pensione di invalidità, di vecchiaia, ai superstiti, per età avanzata.

*Jubilación por invalidez, jubilación pensión, por edad avanzada.*

(\*\*\*) All'autenticazione della firma può provvedere il funzionario competente dell'I.N.P.S., il Notaio, il Sindaco, il Segretario comunale o altro funzionario incaricato dal Sindaco.

*La firma del poderdante puede ser autenticada por el funcionario autorizado de l'I.N.P.S., por un notario, por el Alcalde, por el secretario de ayuntamiento o por otro funcionario delegado por el Alcalde.*