



Form.  
OP.2.11

**Formulario de Correlación**  
**(A cumplimentar en cuatro copias)**  
Formulario di Collegamento (Da compilare in quattro copie)

Frente

**Convenio de Seguridad Social entre el Gobierno de la República Argentina  
y el Gobierno de la República Italiana**  
**(Arts. 15, 16, 17 y 18 del Convenio - Art. 16, párrafos 4, 5 y 6 del Acuerdo Administrativo)**

Convenzione Sulla Sicurezza Sociale tra il Governo della Repubblica Italiana  
e il Governo della Repubblica Argentina  
(Arts. 15, 16, 17 e 18 della Convenzione - Art. 16, paragrafi 4, 5 e 6 dell'Accordo Amministrativo)

**Relativo a la solicitud de Prestación de:** \_\_\_\_\_  
Relativo alla domanda di Pensione di:

**Presentada, en base al seguro (1):** \_\_\_\_\_ **propio** \_\_\_\_\_  
**del (de la)** \_\_\_\_\_ **(2) fallecido/a** \_\_\_\_\_

Presentata, in base all'assicurazione (1) propria / del \_\_\_\_\_ (2) defunto (a)

**Por (Apellido (3) y Nombres):** \_\_\_\_\_  
Da (Cognome (3) e Nomi):

**Nacido/a el:** \_\_\_\_\_ **En:** \_\_\_\_\_  
Nato/a il: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_

**Apellido (3) y Nombres:** \_\_\_\_\_  
Cognome e Nomi:

**Apellido y Nombres del/de la (2) fallecido/a:** \_\_\_\_\_  
Cognome e Nomi del/de la (2) defunto/a:

**Lugar y Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_  
Luogo e Data di Nascita:

**Lugar y Fecha del Fallecimiento:** \_\_\_\_\_  
Luogo e Data del Decesso:

**Fecha de Presentación de la solicitud:** \_\_\_\_\_  
Data di presentazione della domanda:

- (1) **Tachar lo que no corresponda**  
Cancellare la voce che non interessa
  - (2) **Indicar el parentesco con el/la solicitante (cónyuge, padre, etc.)**  
Indicare la relazione familiare col (con la) richiedente (coniuge, genitore, ecc)
  - (3) **Para las mujeres casadas indicar también el apellido de soltera**  
Per le donne coniugate indicare anche il cognome da nubile
- Ministerio de Trabajo,  
Empleo y Seguridad Social

Form. OP.2.11 (Dorso)

## Parte I

### A cumplimentar por la Institución competente argentina.

Da compilarsi da parte dell'Instituzione competente argentina.

En favor del/de la Solicitante asegurado/a del fallecido/a (1): \_\_\_\_\_

resultan, en la Argentina, los siguientes períodos de seguro:

In favore del/de la richiedente / assicurat... defunt... (1) \_\_\_\_\_

risultano in Argentina, e seguenti periodi di assicurazione:

Período Periodo		Tiempo Computable Tempo Computabile			Período Periodo		Tiempo Computable Tempo Computabile		
Desde Del	Hasta Del	Años Anni	Meses Mesi	Días Giorni	Desde Del	Hasta Del	Años Anni	Meses Mesi	Días Giorni

#### Total de Períodos computables para el derecho a Prestación:

Totale dei Periodi Computabili per il diritto a Prestazione:

**Años:** \_\_\_\_\_ **Meses:** \_\_\_\_\_ **Días:** \_\_\_\_\_  
Anni: \_\_\_\_\_ Mesi: \_\_\_\_\_ Giorni: \_\_\_\_\_

**2- El/la Solicitante tiene a cargo (1):**

Il/la Richiedente be a carico:

**El/la Cónyuge**  
il Coniuge

**Hijos:** \_\_\_\_\_  
Figli N°:

(1) Marcar con una X donde corresponda.

---

**3 - Independientemente de lo establecido en el Convenio, el/la interesado/a tiene derecho, solamente, por los períodos de seguro reconocidos de acuerdo con la legislación argentina, a un importe mensual de prestación de:**

Indipendentemente da quanto previsto dalla Convenzione, l'interessato/a ha diritto, per i soli periodi assicurativi riconosciuti dalla legislazione argentina, ad un importo mensile di pensione di:

\$: \_\_\_\_\_ **A partir del:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Con decorrenza dal:

\$: \_\_\_\_\_ **A partir del:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Con decorrenza dal:

\$: \_\_\_\_\_ **A partir del:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Con decorrenza dal:

**Y además, a las asignaciones por familiares a cargo, por un importe mensual de:**

Oltre alle maggiorazioni, per familiari a carico, per un importo mensile di:

\$: \_\_\_\_\_ **A partir del:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Con decorrenza dal:

\$: \_\_\_\_\_ **A partir del:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Con decorrenza dal:

\$: \_\_\_\_\_ **A partir del:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Con decorrenza dal:

**El/la interesado/a no tiene derecho a prestación por el motivo siguiente:**

L'interessato/a non ha diritto a pensione per il seguente motivo:

---

---

---

---

---

**Por:**

Per:

---

**Fecha**  
Data

---

**Sello y Firma**  
Timbro e Firma

## Parte 2

Da compilarsi da parte dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale

### A cumplimentar por el Instituto Nacional de Previdenza Social

I- In favore (1)  del .... richidente

dell'assicurat ... defunt

risultano, in Italia, i siguenti periodi di assicurazione:

En favor (1)  del/de la solicitante

del/de la asegurado/a fallecido/a

resultan, en Italia, los siguientes períodos de seguro:

Periodo Período		N. delle settimane di contribuzione (2) N° de Semanas Cotizadas (2)		Periodo Período		N. delle settimane di contribuzione (2) N° de Semanas Cotizadas (2)	
Del Desde	Del Hasta	Contributi effettivi Cotizaciones efectivas	Contributi figurativi Cotizaciones asimiladas	Del Desde	Del Hasta	Contributi effettivi Cotizaciones efectivas	Contributi figurativi Cotizaciones asimiladas

Totale dei periodi di assicurazione

Utili per il diritto a pensione: n°: \_\_\_\_\_ Settimane.

**Total de Períodos de seguro útiles para el derecho a Prestación: \_\_\_\_\_ Semanas.**

2- Il/la Richiedente be a carico (1):

**El/la Solicitante tiene a cargo:**

il Coniuge  
**El/la Cónyuge**

Figli N°: \_\_\_\_\_  
**Hijos:**

(1) Cancellare la voce che non interessa

**Marcar con una X donde corresponda.**

(2) I contributi versati volontariamente sono contrassegnati dalla sigla V.V., apposta a lato del periodo corrispondente.

**Las cotizaciones voluntarias están señaladas con la sigla V.V., puesta junto al período correspondiente.**