



DEMANDE DE PRESTATIONS CANADIENNES DE VIEILLESSE, DE RETRAITE ET DE SURVIVANTS  
EN VERTU DE L'ACCORD DE SÉCURITÉ SOCIALE ENTRE LE CANADA ET L'ITALIE

PROTÉGÉ UNE FOIS REMPLI - A  
RISERVATO UNA VOLTA COMPLETATO

DOMANDA DI PRESTAZIONI CANADESI DI VECCHIAIA E SUPERSTITI IN  
VIRTÙ DELL'ACCORDO DI SICUREZZA SOCIALE ITALO-CANADESE

Fichier de renseignements personnels DRHC/P-PU-175  
Dati personali Bank DRHC/P-PU-175

LIRE LA GUIDE CI-JOINT / LEGGERE LA GUIDA ALLEGATA  
REMPLEZZE LES ESPACES CLAIRS SEULEMENT  
COMPLETARE LE PARTI IN BIANCO

<p><b>SECTION 1 - À ÊTRE REMPLIE PAR TOUT REQUÉRANT</b> <b>SEZIONE 1 - DA COMPILARSI DA PARTE DI TUTTI I RICHIEDENTI</b></p> <p>1. LANGUE QUE VOUS PRÉFÉREZ UTILISER <input type="checkbox"/> ANGLAIS INGLESE <input type="checkbox"/> FRANÇAIS FRANÇAISE LINGUA CHE PREFERITE USARE</p> <p>2. NUMÉROS D'ASSURANCE SOCIALE DU COTISANT OU DU REQUÉRANT DE LA PENSION DE VIEILLESSE NUMERI DI ASSICURAZIONE SOCIALE DELL'ASSICURATO O DEL RICHIEDENTE LA PENSIONE DI VECCHIAIA</p> <p>DE L'ITALIE <input style="width: 100px;" type="text"/> DU CANADA <input style="width: 100px;" type="text"/> DELL' ITALIA DEL CANADÀ</p> <p>3. Veuillez cocher (v) les prestations demandées et fournir la documentation requise. Contrassegnate (v) le prestazioni che richiedete e fornite i documenti necessari.</p> <p><b>A. PRESTATION FONDÉE SUR LA RÉSIDENCE AU CANADA APRÈS AVOIR ATTEINT L'ÂGE DE 18 ANS:</b> <b>PRESTAZIONE BASATA SULLA RESIDENZA IN CANADA DOPO IL 18° ANNO DI ETÀ:</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>PENSION DE LA SÉCURITÉ DE LA VIEILLESSE</b> <b>PENSIONE DI VECCHIAIA</b></p> <p>Remplissez: LES SECTIONS 1, 2, 3 et 7 Compilate: LE SEZIONI 1, 2, 3 e 7</p> <p>Fournissez: / Fornite: Indiquez: / Indicate: JJ/MM/AAAA - GG/MM/AA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· un certificat d'état de famille ou de naissance / certificato di stato di famiglia o di nascita</li> <li>· la date de votre naissance / la vostra data di nascita <input style="width: 100px;" type="text"/></li> <li>· une preuve de votre titre à la résidence au Canada au moment de votre départ du Canada (carte de citoyenneté canadienne, preuve d'immigration, etc.) SI VOUS ÊTES NÉ(E) AU CANADA ET Y AVEZ TOUJOURS VÉCU JUSQU'AU MOMENT DE VOTRE DÉPART, CETTE PREUVE N'EST PAS REQUISE. Documentazione comprovante la vostra residenza legale in Canada al momento della vostra partenza (carta di cittadinanza canadienne, documento d'immigrazione, ecc.) NEL CASO SIATE NATI IN CANADA E VI ABBIATE VISSUTO IN MODO CONTINUATIVO FINO ALLA VOSTRA PARTENZA, TALI DOCUMENTI NON SONO RICHIESTI.</li> <li>· une preuve de la date de votre entrée et de la date de votre départ du Canada (passeports, visas, billets de navire ou d'avion, etc.) documentazione comprovante la data del vostro ingresso in Canada e la data della vostra partenza dal Canada (passaporti, visti, biglietti di linee aeree ou maritimes, ecc.)</li> <li>· certificat(s) de vos périodes de résidence en Italie disponible(s) auprès des autorités locales (ville, village) où vous avez résidé. certificato/i dei vostri periodi di residenza in Italia da richiedersi alle autorità municipali delle località nelle quali avete risieduto (città, paese)</li> </ul> <p><b>B. PRESTATIONS FONDÉES SUR LES COTISATIONS REMISES AU RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA DEPUIS JANVIER 1966:</b> <b>PRESTAZIONI BASATE SUI CONTRIBUTI VERSATI AL REGIME PENSIONISTICO DEL CANADA DAL GENNAIO 1966:</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>PENSION DE RETRAITE</b> <b>PENSIONE DI RITIRO DAL LAVORO</b></p> <p>Remplissez: LES SECTIONS 1, 2, 4 et 7 Compilate: LE SEZIONI 1, 2, 4 e 7</p> <p>Fournissez: / Fornite: Indiquez: / Indicate: JJ/MM/AAAA - GG/MM/AA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· un certificat d'état de famille ou de naissance / certificato di stato di famiglia o di nascita</li> <li>· la date de votre naissance / la vostra data di nascita <input style="width: 100px;" type="text"/></li> </ul> <p><input type="checkbox"/> <b>PENSION DE CONJOINT SURVIVANT</b> <input type="checkbox"/> <b>PRESTATION D'ENFANT</b> <input type="checkbox"/> <b>PRESTATION DE DÉCÈS</b> <b>PENSIONE AI SUPERSTITI</b> <b>PRESTAZIONE PER FIGLIO A CARICO</b> <b>PRESTAZIONE PER MORTE</b></p> <p>Remplissez: LES SECTIONS 1, 2, 5, 6 (le cas échéant) et 7 Compilate: LE SEZIONI 1, 2, 5, 6 (ove occorre), e 7</p> <p>Fournissez*: / Fornite: Indiquez: / Indicate: JJ/MM/AAAA - GG/MM/AA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· un certificat de décès / certificato di morte</li> <li>· la date de décès / data del decesso <input style="width: 100px;" type="text"/></li> <li>· un certificat d'état de famille mis à jour à la date de décès du cotisant / certificato di stato di famiglia aggiornato alla data della morte dell'assicurato</li> <li>· la date de naissance du cotisant décédé / data di nascita dell'assicurato deceduto <input style="width: 100px;" type="text"/></li> <li>· la date de naissance du conjoint survivant / data di nascita del coniuge superstite <input style="width: 100px;" type="text"/></li> <li>· la date de mariage / data del matrimonio <input style="width: 100px;" type="text"/></li> </ul> <p>* SI VOUS DEMANDEZ UNE PRESTATION DE DÉCÈS SEULEMENT, FOURNISSEZ UN CERTIFICAT DE DÉCÈS ET UN CERTIFICAT DE NAISSANCE DU COTISANT DÉCÉDÉ. IN CASO DI DOMANDA DI SOLE PRESTAZIONI PER MORTE, FORNITE SOLTANTO I CERTIFICATI DI NASCITA E DI MORTE DELL'ASSICURATO.</p>	<p><b>A L'USAGE EXCLUSIF DE L'INSTITUTION COMPÉTENTE DE L'ITALIE SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO ITALIANO COMPETENTE</b></p> <p>DATE DE RÉCEPTION / DATA DI RICEZIONE</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">J-G</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">A</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table> <p>VÉRIFIÉ PAR: / VERIFICATO DA:</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> CI-JOINT ALLEGATO</p> <p><input type="checkbox"/> CI-JOINT ALLEGATO</p> <p><input type="checkbox"/> CI-JOINT ALLEGATO</p> <p>VÉRIFIÉ PAR: / VERIFICATO DA:</p> <hr/> <p>VÉRIFIÉ PAR: / VERIFICATO DA:</p> <hr/> <p>VÉRIFIÉ PAR: / VERIFICATO DA:</p> <hr/>	J-G	M	A									
J-G	M	A											

SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX CONCERNANT LE COTISANT OU LE REQUÉRANT DE LA PENSION DE VIEILLESSE ( À être remplie par tout requérant )						
SEZIONE 2 – DATI RIGUARDANTI L'ASSICURATO O IL RICHIEDENTE LA PENSIONE DI VECCHIAIA CANADESE (da compilare in tutti i casi)						
4. PRÉNOM NOME		NOM DE FAMILLE COGNOME		NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE COGNOME ALLA NASCITA		
4. ADRESSE ( N° et rue, app. ) - INDIRIZZO ( No ., Via, No.Interno)				5. ADRESSE POSTALE INDIRIZZO POSTALE <input type="checkbox"/> même que celle indiquée à la question 5 ou lo stesso indicato al punto 5 ovvero		
Code postal Codice postale		Ville ou Village Città o paese	Pays Stato			
7. LIEU DE NAISSANCE LUOGO DI NASCITA		8. NOM INSCRIT SUR LA CARTE D'ASSURANCE SOCIALE CANADIENNE NOME INDICATO SULLA TESSERA DI ASSICURAZIONE SOCIALE CANADESE Même que celui indiqué à la question 4 ou Lo stesso indicato al punto 4 ovvero				
9. INDIQUEZ LES PÉRIODES DE RÉSIDENCE ET/OU D'EMPLOI DANS UN PAYS AUTRE QUE LE CANADA ET L'ITALIE INDICATE I PERIODI DI RESIDENZA E/O PERIODI DI LAVORO IN UNO STATO DIVERSO DAL CANADA E DALL'ITALIA						
NOM DU PAYS STATO	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIAL DANS CE PAYS NUMERO DI ASSICURAZIONE SOCIALE IN DETTO STATO	RÉSIDENTE RESIDENZA		EMPLOI LAVORO		UNE PRESTATION A-T-ELLE ÉTÉ DEMANDÉE? E' STATA CHIESTA UNA PRESTAZIONE ?
		DE DA	À A	DE DA	À A	
		Mois / Année Mese / Anno	Mois / Année Mese / Anno	Mois / Année Mese / Anno	Mois / Année Mese / Anno	
10. DEPUIS LE 1er JANVIER 1966, AVEZ-VOUS REÇU OU VOTRE CONJOINT A-T-IL REÇU DES ALLOCATIONS FAMILIALES DU CANADA POUR UN ENFANT NÉ APRÈS LE 31 DÉCEMBRE 1958 ? DAL 1° GENNAIO 1966, VOI O IL VOSTRO CONIUGE AVETE RICEVUTO GLI ASSEGNI FAMILIARI A CARICO DEL CANADA PER UN BAMBINO NATO DOPO IL 31 DICEMBRE 1958 ?				Cotisant Assicurato		Conjoint (e) Coniuge
				<input type="checkbox"/> Oui Si <input type="checkbox"/> Non No		<input type="checkbox"/> Oui Si <input type="checkbox"/> Non No
11 A. ÉTAT CIVIL STATO CIVILE		Célibataire ( n'a jamais été marié (e) Celibe/nubile (mai coniugato/a)	Marié (e) Coniugato/a	Séparé (e) Separato/a	Veuf(ve) Vedovo/a	Droit commun Convivente
						Divorcé(e) Divorziato/a
11 B. NOM COMPLET DU CONJOINT NOME COMPLETO DEL CONIUGE			11C. DATE DE NAISSANCE DU CONJOINT DATA DI NASCITA DEL CONIUGE			
			JJ/MM/AAAA - GG/MM/AA			

SECTION 3 – À ÊTRE REMPLIE SI VOUS DEMANDEZ UNE PENSION DE VIEILLESSE ( Si non, voir la SECTION 4 )				
SEZIONE 3 - DA COMPILARE NEL CASO DI DOMANDA DI PENSIONE DI VECCHIAIA ( Se non richiedete detta pensione, procedete alla SEZIONE 4 )				
12. SI VOUS ÊTES NÉ (E) HORS DU CANADA; INDIQUEZ LA DATE ET LE LIEU D'ENTRÉE AU CANADA SE NON SIETE NATO IN CANADA, INDICATE LA DATA E IL LUOGO DI INGRESSO IN CANADA		JJ/MM/AAAA - GG/MM/AA		LIEU LUOGO DI INGRESSO
13. INDIQUEZ VOTRE TITRE À LA RÉSIDENCE AU CANADA AU MOMENT DE VOTRE DÉPART DU CANADA INDICATE I PRESUPPOSTI GIURIDICI DELLA VOSTRA RESIDENZA IN CANADA AL MOMENTO DELLA VOSTRA PARTENZA DAL CANADA				
<input type="checkbox"/> Citoyen canadien Cittadinanza canadese		<input type="checkbox"/> Admis aux termes d'un permis du Ministre Ammesso in base ad un permesso ministeriale		
<input type="checkbox"/> Résident permanent (immigrant reçu) Residente permanente		<input type="checkbox"/> Autre (précisez) Altro (specificare)		
14. ÉNUMÉREZ LES ENDROITS OÙ VOUS AVEZ DEMEURÉ DE VOTRE NAISSANCE JUSQU'À CE JOUR. Il n'est pas nécessaire d'indiquer les changements d'adresse dans une même localité. ( Utilisez une feuille supplémentaire si nécessaire ) INDICATE I LUOGHI IN CUI AVETE SOGGIORNATO DALLA VOSTRA NASCITA AD OGGI. Non includete i cambiamenti di indirizzo avvenuti nell'ambito della stessa Città o paese. ( Se non avete spazio sufficiente, fornite le informazioni allegando un foglio aggiuntivo )				
De – Da	À-A	Ville ou Village Città o Paese	Province ou États Provincia	Pays Stato
Mois / Année Mese / Anno	Mois / Année Mese / Anno			
15 A. INDIQUEZ LE NOM, L'ADRESSE ET LE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE DEUX PERSONNES NON PARENTES AVEC VOUS PAR LE SANG OU PAR ALLIANCE; QUI CONNAISSENT LES DÉTAILS DE VOTRE RÉSIDENCE AU CANADA INDICATE NOMI, INDIRIZZI E NUMERI TELEFONICI DI DUE PERSONE CHE NON SIANO VOSTRI PARENTI DIRETTI O ACQUISITI; CHE POSSONO CONFIRMARE LA VOSTRA RESIDENZA IN CANADA				
NOM NOME		ADRESSE INDIRIZZO		Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain) Numero telefonico (incluso il prefisso)
15 B. INDIQUEZ SI TOUTE LA DOCUMENTATION DISPONIBLE CONFIRMANT LES FAITS DE VOTRE RÉSIDENCE CANADIENNE A ÉTÉ PRÉSENTÉE: INDICATE SE TUTTA LA DOCUMENTAZIONE ATTA A COMPROVARE LA VOSTRA RESIDENZA IN CANADA E STATA FORNITA :				
<input type="checkbox"/> Oui Si <input type="checkbox"/> Non No				

SECTION 4 - À ÊTRE REMPLIE SI VOUS DEMANDEZ UNE PENSION DE RETRAITE DU RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA (Sinon, voir la SECTION 5)		
SEZIONE 4 - DA COMPILARSI NEL CASO DI RICHIESTA DI PENSIONE CANADESE DI RITIRO DAL LAVORO (Se non richiedete detta pensione, procedete alla SEZIONE 5)		
<p>16 A. QUAND DÉSIREZ-VOUS QUE COMMENCE LE VERSEMENT DE LA PENSION DE RETRAITE? DA QUANDO DESIDERATE CHE DECORRA LA VOSTRA PENSIONE DI RITIRO DAL LAVORO?</p>	<p>16 B. SI VOUS ÊTES ÂGÉ(E) DE 60 À 65 ANS ET COTISEZ AU RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA, AVEZ-VOUS CESSÉ OU CESSEREZ-VOUS DE TRAVAILLER ENTIÈREMENT OU DANS UNE LARGE MESURE AVANT LA DATE INDIQUÉE AU N° 16A?</p> <p>SE AVETE UN'ETA' COMPRESA TRA I 60 E I 65 ANNI E VERSATE CONTRIBUTI NEL SISTEMA PENSIONISTICO CANADESE, AVETE O AVRETE CESSATO O SOSTANZIALMENTE CESSERETE DI LAVORARE PRIMA DELLA DATA INDICATA AL PUNTO 16 A?</p>	<p>SI «OUI». QUAND AVEZ-VOUS CESSÉ OU CESSEREZ-VOUS DE TRAVAILLER ENTIÈREMENT OU DANS UNE LARGE MESURE?</p> <p>SE "SI" QUANDO AVETE CESSATO O CESSERETE DI LAVORARE?</p>
<p>Mois / Année Mese / Anno</p> <p>ou <input type="checkbox"/> le premier mois d'admissibilité dal primo mese di maturazione del diritto</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui Si <input type="checkbox"/> Non No</p>	<p>Mois / Année Mese / Anno</p>

SECTION 5 - À ÊTRE REMPLIE SI VOUS DEMANDEZ UNE PENSION DE CONJOINT SURVIVANT OU UNE PRESTATION DE DÉCÈS (Sinon, voir la SECTION 6)	
SEZIONE 5 - DA COMPILARE NEL CASO DI DOMANDA DI PENSIONE AI SUPERSTITI O PRESTAZIONE PER MORTE (Se non richiedete dette prestazioni, procedete alla SEZIONE 6)	

**A. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX CONCERNANT LE REQUÉRANT**  
**DATI GENERALI RELATIVI AL RICHIEDENTE**

17. PRÉNOM NOME	17. NOM DE FAMILLE COGNOME
18. ADRESSE (N° et rue, app.) INDIRIZZO (No., Via, No. Interno)	19. ADRESSE POSTALE INDIRIZZO POSTALE <input type="checkbox"/> même que celle indiquée à la question 18 ou lo stesso indicato al punto 18 ovvero
Code postal Codice Postale	Ville ou village Città o Paese
Pays Stato	

20. LIEN DE PARENTÉ DU REQUÉRANT AVEC LE COTISANT DÉCÉDÉ  
RELAZIONE DI PARENTELA DEL RICHIEDENTE CON L'ASSICURATO DECEDUTO

21. Y A-T-IL UN EXÉCUTEUR, UN ADMINISTRATEUR OU TOUT AUTRE REPRÉSENTANT LÉGAL DE LA SUCCESSION DU COTISANT DÉCÉDÉ? C'E' UN ESECUTORE TESTAMENTARIO, UN AMMINISTRATORE O QUALCHE ALTRO RAPPRESENTANTE LEGALE DEL PATRIMONIO DELL'ASSICURATO DECEDUTO?

Oui Si «OUI», INDIQUEZ SI : la personne est celle nommée aux questions 17 et 18  
Si IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA, INDICATE SE: la persona è la stessa dei punti 17 e 18, ovvero

Non ou celle nommée ci-dessous  
No come sotto indicato

PRÉNOM NOME NOM DE FAMILLE COGNOME

ADRESSE (N° et rue, app.)  
INDIRIZZO (No., Via, No. Interno)

Code postal Codice Postale Ville ou village Città o Paese Pays Stato

**B. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT SURVIVANT**  
**INFORMAZIONI RELATIVE AL CONIUGE SUPERSTITUTE**

22. NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE DU CANADA NUMERO DI SICUREZZA SOCIALE IN CANADA	NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE COGNOME ALLA NASCITA	24. ÊTES-VOUS INVALIDE? SIETE INVALIDO/A ?
		<input type="checkbox"/> Oui Si <input type="checkbox"/> Non No
25. AU MOMENT DU DÉCÈS, DEMEURIEZ-VOUS AVEC LE COTISANT? AL MOMENTO DELLA MORTE DELL'ASSICURATO/A CONVIVEVATE CON LUI/LEI?	Oui Non Si No	26. AU MOMENT DU DÉCÈS, ÉTIEZ-VOUS MARIÉ(E) AU COTISANT ERAVATE CONIUGATO/A CON L'ASSICURATO/A ALLA DATA DEL DECESSO
		Oui Non Si No

27. SI VOUS ÊTES ÂGÉ(E) DE MOINS DE 45 ANS, INDIQUEZ SI, AU MOMENT DU DÉCÈS DU COTISANT VOUS ENTRETENIEZ: SE AVEVATE MENO DI 45 ANNI AL MOMENTO DEL DECESSO DELL'ASSICURATO/A, INDICATE SE PROVVEDEVATE AL MANTENIMENTO:

a) un enfant du cotisant âgé de moins de 18 ans. Si l'enfant n'est pas sous votre garde ni sous votre surveillance, veuillez expliquer les circonstances sur une feuille supplémentaire; di un figlio dell'assicurat/a di età inferiore ai 18 anni. Se il figlio non era affidato a voi, si prega di spiegarne i motivi su di un foglio aggiuntivo allegato; Oui Non  
Si No

b) un enfant invalide du cotisant âgé de 18 ans ou plus; di un figlio invalido dell'assicurato/a, di 18 anni o di età superiore; Oui Non  
Si No

c) un enfant du cotisant âgé de 18 ans à 25 ans fréquentant l'école ou l'université à plein temps. Si «oui», veuillez indiquer sur une feuille supplémentaire le nom de l'enfant et la date de sa naissance ainsi que le nom de l'école ou l'université qu'il fréquente à plein temps. di un figlio dell'assicurato/a, di età dai 18 ai 25 anni, che frequentava a tempo pieno la scuola o l'università. In caso di risposta affermativa, si prega di indicare su di un foglio aggiuntivo allegato il nome del figlio, la data di nascita ed il nome della scuola o università frequentata a tempo pieno. Oui Non  
Si No

28. SI «OUI», À L'UNE OU L'AUTRE DES QUESTIONS AU N° 27, AVEZ-VOUS ENTRETENU L'ENFANT DEPUIS LE DÉCÈS DU COTISANT JUSQU'À PRÉSENT? IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA AD UNA O PIU' DELLE DOMANDE DEL PUNTO 27, AVETE PROVVEDUTO AL MANTENIMENTO DEL FIGLIO DAL MOMENTO DEL DECESSO DELL'ASSICURATO/A AD OGGI? Oui Non  
Si No

<b>SECTION 6 – À ÊTRE REMPLIE SI VOUS DEMANDEZ UNE PRESTATION D' ENFANT ( Sinon, voir la SECTION 7 )</b> Les question 30 et 31 doivent être remplies seulement lorsque le requérant n'est pas la personne nommée à la question 17		
<b>SEZIONE 6 – DA COMPILARE NEL CASO DI DOMANDA DI PRESTAZIONE PER FIGLIO A CARICO ( Se non richiedete detta prestazione procedete alla SEZIONE 7 ) i punti 30 e 31 si devono compilare soltanto se il richiedente è persona diversa da quella indicata al punto 17</b>		
29.	<b>NOM COMPLET DE L'ENFANT</b> <b>NOME COMPLETO DEL/LA FIGLIO/A</b>	<b>DATE DE NAISSANCE</b> <b>DATA DI NASCITA</b>
		Jour / Mois / Année Giorno / Mese / Anno
30. PRÉNOM – NOME		NOM DE FAMILLE – COGNAME
31. ADRESSE (N° et rue, app. n°)-INDIRIZZO (No., Via No.interno)		
Code postal – Codice Postale		Ville ou village – Città/Paese
Pays - Stato		

**TOUTE DÉCLARATION FAUSSE OU TROMPEUSE FAITE DANS LA PRÉSENTE DEMANDE  
CONSTITUE UN DÉLIT AUX TERMES DE LA LOI CANADIENNE  
SECONDO LA LEGGE CANADESE E' UN REATO RILASCIARE;CON LA PRESENTE DOMANDA;UNA DICHIARAZIONE FALSA O INGANNEVOLE**

**SECTION 7 – DOIT ÊTRE SIGNÉE PAR LE REQUÉRANT ET PAR UN TÉMOIN SI LE REQUÉRANT SIGNE AU MOYEN D'UNE CROIX**  
**NOTE : SI VOUS FAITES UNE DEMANDE AU NOM DU REQUÉRANT;INDIQUEZ SUR UNE FEUILLE SUPPLÉMENTAIRE VOTRE NOM COMPLET VOTRE ADRESSE ET LA RAISON POUR CETTE DEMANDE**  
**SEZIONE 7 - DEVE ESSERE FIRMATA DAL RICHIEDENTE E DA UN TESTIMONE; SE IL RICHIEDENTE FIRMA CON UN SEGNO DI CROCE SE AVETE COMPILATO LA DOMANDA PER CONTO DEL RICHIEDENTE; INDICATE SU UN FOGLIO AGGIUNTIVO ALLEGATO IL VOSTRO NOME COMPLETO E INDIRIZZO; PRECISANDO LA RAGIONE PER CUI AVETE COMPILATO LA PRESENTE DOMANDA**

<b>32 DÉCLARATION DE LA PERSONNE QUI FAIT LA DEMANDE</b> <b>DICHIARAZIONE DEL RICHIEDENTE</b>		<b>DÉCLARATION DU TÉMOIN</b> <b>DICHIARAZIONE DEL TESTIMONE</b>	
Je certifie que, autant que je sache, tous les renseignements donnés ici sont véridiques et complets. J'autorise l'institution compétente de l'Italie à fournir à Développement des ressources humaines Canada tous les renseignements et pièces justificatives qu'elle possède et qui sont ou qui peuvent être relatifs à cette demande de prestations.  Dichiaro che, in base alle mie conoscenze, le informazioni fornite con la presente domanda sono vere e complete. Autorizzo la competente istituzione italiana a fornire al ministero del Développement des ressources humaines du Canada tutti i dati e i documenti in loro possesso che sono o che possano essere relativi a questa domanda di prestazioni.		Je déclare avoir été témoin de la signature au moyen d'une croix de la personne précitée qui fait la demande et je certifie qu'elle est bien la personne précitée et je n'ai aucune raison de croire que la personne qui fait la demande n'ait pas compris les questions, ou qu'elle n'ait pas été sincère dans ses réponses.  Dichiaro di essere stato testimone all'apposizione del segno di croce del richiedente e di essere a conoscenza que il richiedente è la persona che egli / ella dichiara di essere, inoltre dichiaro di non avere specifiche ragioni per credere che il richiedente non abbia capito le domande o non abbia risposto ad esse in modo veritiero.	
SIGNATURE DU REQUÉRANT FIRMA DEL RICHIEDENTE		SIGNATURE DU TÉMOIN – FIRMA DEL TESTIMONE	
DATE DE LA DEMANDE DATA DELLA DOMANDA Jour / Mois / Année Giorno / Mese / Anno		NOM DU TÉMOIN ( en lettres moulées) NOME DEL TESTIMONE (Si prega di scrivere in stampatello)	
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (y compris l'indicatif régional ou urbain) NUMERO TELEFONICO (incluso il prefisso)		ADRESSE DU TÉMOIN ( N et rue , app. n° ) INDIRIZZO DEL TESTIMONE ( No., Via, No .interno )	
NOTE : La signature au moyen d'une croix n'est acceptée que si une personne responsable en atteste l'authenticité en signant la déclaration ci-contre			
NOTA : La firma con segno di croce è accettata se fatta davanti ad un testimone che deve compilare la dichiarazione a lato indicata			

À L'USAGE EXCLUSIF DE L'ORGANISME DE LIAISON DU CANADA  
DA COMPILARE DA PARTE DELL'ISTITUZIONE DI COLLEGAMENTO CANADESE

En vigueur le – SV			En vigueur le - RPC			Date de réception			Age			Statut de résidence			
Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année	A	B	C	X	Y	Z	O
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date de paiement - SV			Date de paiement -RPC			Date d'élection			Résidence (Règlement de transaction)				Résidence		
Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année	3 (1) ( b )		3 (1) ( c )		3 ( 1.1 )		
<b>Montant total</b>			Je certifie que le requérant est admissible à la (aux) prestation (s) indiquée (s) à partir de la (des) date (s) d'entrée en vigueur susmentionnée (s) et que cette (ces) prestation (s) est (sont) payable (s) aux termes de la Loi sur la sécurité de la vieillesse ou du Régime de pensions du Canada.												
<b>Montant arrondi</b>			Certifié par			Date			Vérfié par			Date			