

**ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE A REPÚBLICA
ITALIANA E A REPÚBLICA DO CABO VERDE**

(Art. 26, paragr. 2 do Acordo; art. 19, paragr. 1, 2, 3 e 7 do Acordo Administrativo)

**CONVENZIONE DI SICUREZZA SOCIALE TRA LA REPUBBLICA
ITALIANA E LA REPUBBLICA DI CAPOVERDE**

(Art. 26, par. 2 della Convenzione; art. 19, parr. 1, 2, 3 e 7 dell' Accordo Amministrativo)

Formulário a ser usado para os pedidos de pensão italiana apresentados em CABO VERDE
Formulario da usare per le domande di pensione italiana presentate in CAPOVERDE

PEDIDO DE PRESTAÇÃO

DOMANDA DI PRESTAZIONE

<i>Referência do processo em Cabo Verde</i> n. della pratica a Capoverde	
---	--

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO
AVVERTENZE PER LA COMPILAZIONE

Pede-se escrever em caracteres de imprensa, ou de forma legível.
Si prega di scrivere in stampatello o, comunque, in modo leggibile.

PEDIDO DE APOSENTADORIA/PENSÃO
DOMANDA DI PENSIONE

por velhice / di vecchiaia
por invalidez / di invalidità
por ancianidade de serviço / di anzianità
de sobrevivência / ai superstiti

Marcar con X o beneficio requerido / contrassegnare con X la prestazione richiesta

apresentado por
presentata da

Apelidos() e nome do (a) requerente / Cognomi(*) e nome del... richiedente*

Nacionalidade
Nazionalità

sexo /sesso

estado civil
stato civile

*Solteiro/a, casado/a, viúvo/a, divorciado/a(**)*
Celibe, nubile,coniugato/a, vedovo/a, divorziato/a

local e data do nascimento
Luogo e data di nascita

Local e data do casamento
luogo e data del matrimonio

enderço completo
indirizzo completo

Rua, número, andar, apartamento - Cidade, provincia, país
Via, numero, piano, interno,località, provincia, stato

DADOS PESSOAIS DO/A SEGURADO/A FALECIDO/A
DATI ANAGRAFICI RELATIVI ALL'ASSICURATO/A DEFUNTO/A
(a ser preenchido no caso de pensão para os beneficiários)
(da compilare nel caso di pensione ai superstiti)

Apelidos() e nome*
Cognomi(*) e nome

Nacionalidade
Nazionalità

sexo /sesso

estado civil
stato civile

*Solteiro/a, casado/a, viúvo/a, divorciado/a(**)*
Celibe, nubile,coniugato/a, vedovo/a, divorziato/a

local e data do nascimento
Luogo e data di nascita

local e data de falecimento
luogo e data del decesso

* *As mulheres casadas deverão indicar, também, o apelido do cónjuge*
Per le donne coniugate indicare anche il cognome del marito

** *Indicar também a data na qual a relativa providência se tornou operante*
Indicare anche la data in cui il relativo provvedimento è divenuto operante

DADOS DE PARENTESCO - STATO DI FAMIGLIA

<i>Apelidos e Nome</i> Cognomi e Nome	<i>Parentesco</i> Relazione di parentela	<i>Data do nascimento</i> Data di nascita	<i>Anotações</i> Annotazioni

**INFORMAÇÕES CONCERNENTES AOS ABONOS DE FAMÍLIA
INFORMAZIONI CONCERNENTI GLI ASSEGNI FAMILIARI**

Indicar se, com base na legislação do Cabo Verde, tem direito a abonos de família pelo cônjuge e/ou pelos filhos acima referidos, em virtude do exercício duma actividade profissional assalariada ou autónoma:

Indicare se sussiste, in base alla legislazione di Capoverde, il diritto ad assegni familiari per il coniuge e/o i figli suelencati in relazione allo svolgimento di attività professionale dipendente o autonoma:

<i>Sim</i>	<i>Não</i>
Sì	No

Se a resposta for afirmativa, indicar pelas pessoas acima mencionadas:
In caso di risposta affermativa, per le anzidette persone specificare:

<i>APELIDOS E NOME</i> COGNOMI E NOME	<i>A PARTIR DE</i> DATA DI DECORRENZA

**INFORMAÇÕES CONCERNENTES À ACTIVIDADE EXERCIDA PELO SEGURADO/A NA ITÁLIA
NOTIZIE CONCERNENTI L'ATTIVITÀ SVOLTA DALL'ASSICURATO/A IN ITALIA**

Data do término da última actividade na ITÁLIA:
Data di cessazione dell'ultima occupazione in Italia:

- *na qualidade de trabalhador assalariado*
in qualità di lavoratore dipendente
- *na qualidade de trabalhador não assalariado*
in qualità di lavoratore autonomo

**PERÍODOS DE TRABALHO NA ITÁLIA
PERIODI DI LAVORO IN ITALIA**

<i>DESDE DAL</i>	<i>ATE AL</i>	<i>TIPO DE TRABALHO EXERCIDO LOCAL ONDE DESENVOLVEU A ATIVIDADE (Cidade e provincia)</i> <i>ATTIVITA' LAVORATIVA ESERCITATA LOCALITÀ IN CUI IL LAVORO È STATO ESERCITATO (Comune e provincia)</i>	<i>Denominação de orgão de Previdência Italiano</i> <i>Denominazione dell'Organismo Italiano</i>	<i>N. de inscrição Na previdência italiana (se conhecido)</i> <i>N. di iscrizione nell'assicurazione italiana (se conosciuto)</i>

Documentação referente ao trabalho na ITÁLIA, apresentada pelo/a requerente, em anexo ao pedido:
Documentazione del lavoro in Italia presentata dal/la richiedente a corredo della domanda:

**INFORMAÇÕES CONCERNENTES À ACTIVIDADE EXERCIDA PELO SEGURADO/A EM
TERCEIROS PAÍSES**

NOTIZIE CONCERNENTI L'ATTIVITÀ SVOLTA DALL'ASSICURATO/A IN PAESI TERZI

<i>PERIODOS DE TRABALHO EM PAÍSES DIFERENTES DA ITÁLIA E DE CABO VERDE PERIODI DI LAVORO IN STATI DIVERSI DALL'ITALIA E DA CAPOVERDE</i>			
<i>DESDE DAL</i>	<i>ATÉ AL</i>	<i>TIPO DE TRABALHO EXERCIDO ATTIVITÀ LAVORATIVA ESERCITATA</i>	<i>PAÍS ONDE DESENVOLVEU A ACTIVIDADE STATO IN CUI IL LAVORO È STATO SVOLTO</i>

**OUTRAS INFORMAÇÕES A RESPEITO DO REQUERENTE
ALTRE INFORMAZIONI CONCERNENTI IL RICHIEDENTE**

o/a requerente *usufrui* *não usufrui na ITÁLIA de:*
il/la richiedente beneficia non beneficia in ITALIA di *especificar o tipo de beneficio*
precisare il tipo di prestazione

a cargo de *denominação do órgão de previdência* *desde*
a carico del denominazione dell'organismo assicuratore dal

e usufrui *não usufrui na República do CABO VERDE de :*
e beneficia non beneficia nella Repubblica di CAPOVERDE di: *Especificar o tipo de beneficio*
Precisare il tipo di prestazione

a cargo de *denominação do órgão de previdência* *desde*
a carico del denominazione dell'organismo assicuratore dal

o requerente declara exercer actividade profissional: *Sim* *Não*
il richiedente dichiara di esercitare un'attività professionale: Sì No

en caso afirmativo esclarecer si trata-se de actividade: *assalariada* *não assalariada*
in caso affermativo specificare se si tratta di attività: subordinata autonoma

en caso negativo, esclarecer en que data terminou a actividade
in caso di risposta negativa indicare la data di cessazione dell'attività

Assinatura Do/a requirente
Firma del /la richiedente

DECLARAÇÃO A PREENCHER PELO REOUERENTE DE BENEFÍCIO DE VELHICE (legislação italiana)

De acordo com o art. 6 da Lei n. 155 de 23/4/1981, o beneficio de velhice decorre a contar do 1º dia do mês sucessivo àquele no qual o segurado fez os anos que dão direito à reforma ou, se nessa data os requisitos de antiguidade de seguro e de contribuição ainda não constam estarem aperfeiçoados, a partir do primeiro dia do mês sucessivo àquele em que os requisitos acima mencionados foram aperfeiçoados.

Se, pelo contrário o segurado quiser que o termo do beneficio seja estabelecido a partir do primeiro dia do mês sucessivo àquele de apresentação do requerimento, deverá solicitá-lo expressamente.

DICHIARAZIONE DA COMPILARE A CURA DEL RICHIEDENTE LA PENSIONE DI VECCHIAIA(Regime italiano)

Ai sensi dell'art. 6 della Legge 23/4/1981 n.155, la pensione di vecchiaia decorre dal 1° giorno del mese successivo a quello nel quale l'assicurato ha compiuto l'età pensionabile ovvero, nei casi in cui a tale data non risultino perfezionati i requisiti di anzianità assicurativa e contributiva, dal 1° giorno del mese successivo a quello in cui i requisiti suddetti vengono raggiunti. Ove l'interessato desideri invece, che la decorrenza della pensione venga fissata al 1° giorno del mese successivo a quello di presentazione della domanda, dovrà chiederlo espressamente.

O abaixo assinado, relativamente ao que está acima estabelecido, PEDE que se o presente requerimento for aceite, o benefício seja concedido a partir:

Il sottoscritto, in relazione a quanto sopra, CHIEDE che, in caso di accoglimento della presente domanda la pensione gli venga liquidata con decorrenza:

do primeiro dia do mês sucessivo àquele em que fez os anos que dão direito à reforma ou em que os requisitos foram perfeiçoados.

dal 1° giorno del mese successivo a quello del compimento dell'età pensionabile o del perfezionamento dei requisiti

do primeiro dia do mês sucessivo àquele em que o requerimento foi àpresentado.

dal 1° giorno del mese successivo alla presentazione della domanda .

Assinatura / Firma

O/A ABAIXO-ASSINADO/A, CIENTE DAS CONSEQUÊNCIAS CIVIS E PENAS PREVISTAS PARA OS QUE PRESTAM DECLARAÇÕES FALSAS ASSUME, SOB COMPROMISSO DE HONRA, INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS DECLARAÇÕES QUE FEZ NESTE REQUERIMENTO.

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

Assinatura do requerente ou de seu representante legal
Firma de/la richiedente ovvero del suo legale rappresentante

LOCAL
LUOGO

DATA
DATA

ENDEREÇO COMPLETO
INDIRIZZO COMPLETO

RUA, NUMERO / VIA, NUMERO CIVICO

CEP., CIDADE, PROVINCIA, PAIS / C.A.P., LOCALITÀ, PROVINCIA, STATO

ADVERTÊNCIA / AVVERTENZA

Se o presente pedido for assinado de cruz, as duas testemunhas que estiverem presentes à assinatura e que conhecem o requerente, deverão assinar nos espaços abaixo reservados.

Qualora la presente domanda sia firmata con il segno di croce, i due testimoni presenti alla firma, che conoscono il richiedente, debbono apporre la loro firma negli spazi sottoriservati.

ASSINATURA DA TESTEMUNHA
FIRMA DEL TESTIMONE

ASSINATURA DA TESTEMUNHA
FIRMA DEL TESTIMONE

**A SER PREENCHIDO PELA PREVIDÊNCIA DE CABO VERDE
DA COMPILARE DA PARTE DELL'ORGANISMO DI CAPOVERDE**

O pedido foi recebido no dia
La domanda è pervenuta il

Atesta-se que os dados pessoais constantes do presente formulário foram retirados dos documentos originais apresentados pelo/a interessado/a.

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

*pela Previdência do Cabo Verde
per l'Organizzazione di Capoverde*

Local e data / luogo e data

Carimbo e assinatura / timbro e firma