

CONVENZIONE ITALO-TUNISINA DI SICUREZZA SOCIALE
 (Art. 17, par. 3, 4, 5 e 6 della Convenzione; Art. 16, par. 1 dell'Accordo Amministrativo)
CONVENTION ITALO-TUNISIENNE DE SÉCURITÉ SOCIALE
 (Art. 17, par. 3, 4, 5 e 6 de la Convention; Art. 16, par. 1 de l'Arrangement Administratif)

Domanda di prestazione in virtù della Convenzione italo-tunisina sulla sicurezza sociale
Demande de prestations en vertu de la Convention Italo-Tunisienne sur la sécurité sociale
 Spazio riservato all'Ufficio competente - *N'écrivez pas dans cet espace*

Data di ricezione
Date de reception

N° pratica in Tunisia
N° dossier en Tunisie

TIMBRO - CACHET

N° di immatricolazione in Tunisia
N° d'immatriculation en Tunisie

Questa domanda deve essere compilata dal lavoratore oppure da un familiare del lavoratore, che presenta domanda di prestazione ai superstiti (1)

Cette demande doit être remplie par le travailleur ou, s'il s'agit d'une demande de prestation de survivant, par le parent du travailleur décédé qui réclame cette prestation (1)

Con la presente domanda si richiedono prestazioni tunisine
Par la présente demande on réclame des prestations tunisiennes

SEZIONE I – SECTION I

1. Contrassegnare il tipo di prestazione richiesta
Marquez la nature de prestation demandée

Vecchiaia
Vieillesse

Anzianità
Retraite

Invalidità
Invalidité

Superstiti
Survivants

SEZIONE II – SECTION II

2. Dati riguardanti Il/La richiedente (per le donne coniugate, indicare anche il cognome del marito)
Renseignément sur le/la requérant/e (si mariée, indiquez aussi le nom du mari)

Nome - *Prénoms*

Cognome - *Nom*

del padre - *du père*

del nonno - *du grand-père*

maschio - *masculin*

femmina - *féminin*

Data di nascita - *Date de naissance*

Giorno Mese Anno - *Jour Mois Année*

Luogo di nascita - *Lieu de naissance*

Comune o frazione - *Cité, ville ou village*

Provincia - *Province*

Stato - *Pays*

Nazionalità - *Nationalité*

Stato Civile

Celibe/Nubile

Coniugato/a

Vedovo/a

Divorziato/a

État civil

Célibataire

Marié/e

Veuf/veuve

Divorcé/e

Luogo di Residenza - *Lieu de résidence*

(Numero e via) - *(Numéro et rue)*

(Città o frazione) - *(Cité, ville ou village)*

(Provincia o Territorio)
(Province ou Territoire)

(Stato) - *(Pays)*

(Cod. Postale)
(Code Postal)

SEZIONE III – SECTION III

3. Da compilare nel caso in cui esistano persone a carico per le quali si richiedono prestazioni familiari
À remplir s'il y a des personnes à charge pour lesquelles on demande des prestations familiales

Cognome e Nome (per le donne coniugate indicare anche il cognome del marito) <i>Nom et Prénoms</i> (si mariée indiquez aussi le nom du mari)	Grado di parentela con l'assicurato <i>Lien de parenté</i> avec l'assuré	Data di nascita <i>Date de naissance</i>	Indicare "studente" o "inabile" <i>Indiquer si "étudiant"</i> ou "inapte"

(1) Scrivere in stampatello - *Écrire en caractère d'imprimerie*

SEZIONE IV – SECTION IV

DA COMPILARE NEL CASO DI DOMANDA DI PENSIONE AI SUPERSTITI
 COMPLETEZ CETTE SECTION SI VOUS DEMANDEZ UNE PRESTATION DE SURVIVANTS

A. DATI RELATIVI AL LAVORATORE DECEDUTO RENSEIGNEMENTS SUR LE TRAVAILLEUR DÉCÉDÉ

a) Cognome e nome del lavoratore deceduto
Nom et prénoms du travailleur décédé

b) Relazione di parentela del richiedente col lavoratore deceduto
Lien de parenté du requérant avec le travailleur décédé

c) Data di nascita
Date de naissance *Giorno Mese Anno - Jour Mois Année*

d) Luogo di nascita
Lieu de naissance (*Comune o frazione – Cité, ville ou village* *Provincia – Province* *Stato – Pays*)

e) Stato Civile
État civil

	<i>Celibe/nubile</i> <i>Célibataire</i>	<i>Coniugato/a</i> <i>Marié/e</i>	<i>Vedovo/a</i> <i>Veuf/veuve</i>	<i>Divorziato/a</i> <i>Divorcé/e</i>
--	--	--------------------------------------	--------------------------------------	---

f) Luogo del decesso – *Lieu du décès*

g) Data del decesso – *Date du décès*
Giorno Mese Anno - Jour Mois Année

h) Indicare se il lavoratore deceduto percepiva prestazioni a carico della Tunisia **si** **no**
Indiquer si le travailleur décédé recevait des prestations de la Tunisie **oui** **non**

Nel caso affermativo, indicare – *Si, oui indiquer:*

<i>Tipo - Nature</i>	<i>Numero - Numéro</i>	<i>Istituto debitore - Institution débitrice</i>

B. DATI RELATIVI AI RICHIEDENTI LA PENSIONE AI SUPERSTITI DIVERSI DAL CONIUGE RENSEIGNEMENTS SUR LES MEMBRES DE LA FAMILLE, AUTRE QUE LE CONJOINT, REQUERANTS LA PRESTATION DE SURVIVANT

<i>Cognome e Nome</i> (per le donne coniugate indicare anche il cognome del marito) <i>Nom et Prénoms</i> (<i>si mariée indiquer aussi le nom du mari</i>)	<i>Grado di parentela con l'assicurato</i> <i>Lien de parenté avec l'assuré</i>	<i>Data di nascita</i> <i>Date de naissance</i>	<i>Indicare "studente" o "inabile"</i> <i>Indiquer si "étudiant" ou "inapte"</i>

C. DATI RELATIVI AI FAMILIARI SUPERSTITI RENSEIGNEMENTS SUR LES MEMBRES DE LA FAMILLE SURVIVANTS

a) Indicare se il coniuge superstite si sia risposato **si** **no**
Le conjoint s'est-il remarié? **oui** **non**

Nel caso affermativo precisare la data del matrimonio
Si oui, inscrire la data du mariage

Giorno Mese Anno - Jour Mois Année

- b) Nel caso che richiedente/i la pensione sia/siano uno e entrambi i genitori del lavoratore deceduto, indicare se il lavoratore stesso lascia come superstiti il coniuge o i figli:

**Coniuge
Coniuge**

**Figli
Figli**

Si / Oui

Si / Oui

Si la demande de prestations est présentée par les parents du travailleur décédé, indiquer si ce dernier a comme survivants son conjoint e/ou des enfants;

No / Non

No / Non

- c) Nel caso che il richiedente/i la pensione sia/siano il/i fratello/i la/le sorella/e nubile/i del lavoratore deceduto, indicare se il lavoratore stesso ha lasciato superstiti

Si la demande de prestation est présentée par un frère ou une soeur célibataire du travailleur décédé, indiquer si ce dernier a comme survivants:

Coniuge / Conjoint

Figli / Enfants

Genitori / Parents

Si / Oui

Si / Oui

Si / Oui

No / Non

No / Non

No / Non

SEZIONE V – SECTION V

- A. Indicare se il/la richiedente, o alcuno dei familiari elencati alle Sezioni III e IV percepisca redditi da lavoro dipendente, da lavoro autonomo, da pensione o da altre fonti

si

no

Est-ce que vous même ou les membres de la famille inscrits aux Sections III et IV retirez un revenu d'emploi, d'un travail autonome, d'une pension ou de toute autre source?

oui

non

Nel caso di risposta affermativa, indicare – *Si oui, remplir ci-dessous:*

Cognome e Nome <i>Nom et prénoms</i>	Tipo di reddito <i>Nature de revenue</i>	Importo mensile <i>Montant mensuel</i>

- B. Indicare se sussiste in base alla legislazione italiana il diritto a prestazioni familiari per il coniuge e/o i figli elencati alla Sezione III in relazione, allo svolgimento di attività professionale dipendente o autonoma

si

no

Indiquer si vous avez droit, en vertu de la législation italienne aux prestations familiales pour le conjoint et/ou pour les fils inscrites à la Section III par rapport à l'exercice d'une activité professionnelle salariée ou non salariée

oui

non

In caso di risposta affermativa, per le anzidette persone specificare:

Si oui, remplir la section ci-dessous pour chaque personne:

Cognome e Nome <i>Nom et prénoms</i>	Tipo di reddito <i>Nature de revenue</i>	Importo mensile <i>Montant mensuel</i>

SEZIONE VI – SECTION VI

PERIODI DI ATTIVITÀ LAVORATIVA EFFETTUATI DAL LAVORATORE ALLE DIPENDENZE DI TERZI, O IN PROPRIO, COPERTI DAL SISTEMA PREVIDENZIALE TUNISINO.

PÉRIODES DE TRAVAIL SALARIÉ OU NON SALARIÉ PENDANT LESQUELLES LE TRAVAILLEUR A ÉTÉ COUVERT PAR LE RÉGIME TUNISIEN D'ASSURANCE.

(a)	(b)	(c)	(d)	(e)
Periodi di attività lavorativa compiuti in Tunisia <i>Périodes de travail en Tunisie (*)</i>	Luogo di lavoro (comune o provincia) <i>Lieu de travail (Cité, ville et province)</i>	Tipo di attività <i>Nature de l'occupation</i>	Regime assicurativo tunisino al quale sono stati versati i contributi <i>Régime d'assurance tunisien auquel les cotisations ont été versées</i>	N° di assicurazione (se conosciuto) presso l'Istituto Assicuratore tunisino <i>Numéro d'assurance sociale de la Tunisie (s'il est connu)</i>
Dal al <i>Du au</i>				

PERIODI DI LAVORO IN STATI DIVERSI DALLA TUNISIA E DALL'ITALIA
PÉRIODES DE TRAVAIL DANS DES PAYS AUTRES QUE LA TUNISIE ET L'ITALIE

da <i>du</i>	al <i>au</i>	Attività lavorativa esercitata <i>Nature de l'occupation exercée</i>	Stato in cui il lavoro è stato effettuato <i>Pays d'exercice de l'activité</i>

(Firma – Signature) _____

(*) Nel caso siano effettuati versamenti volontari, indicare i periodi di contribuzione nella colonna (a) ed apporre la sigla "V.V." nella colonna (c)

Si on a versé des cotisations volontaires, indiquer, ces périodes de cotisation à la colonne (a) et inscrire l'abréviation "V.V" à la colonne (c)

Il/la sottoscritto/a, consapevole della 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 e completo.

Le/la soussigné(e), conscient(e) des conséquences civiles et pénales prévues pour ceux qui fournissent des fausses déclarations, déclare sous sa responsabilité que les renseignements inscrits sur cette demande sont conformes à la vérité.

(Luogo e data)
(Lieu et date)

(Firma del/della richiedente ovvero del suo legale rappresentante)
(Signature du/de la requérant/e ou bien de son représentant légale)

Indirizzo completo:

Adresse complet:

(Via, numero civico – Rue, numéro)

(C.A.P. - C.P.,

località - localit ,

provincia - province,

Stato -  tat,)

AVVISO - AVIS

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

Si cette demande a  t  sign e d'une croix, deux t moins présents   la signature, qui connaissent le requérant, doivent signer dans les espaces ci-dessous.

Firma del testimone _____
Signature du témoin

Firma del testimone _____
Signature du témoin

Da compilare da parte dell'Istituzione competente
  remplir par l'Institution italienne compétente

La domanda   pervenuta il _____
Demande reçue le

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

Je certifie que les données sur l'état civil transcrites sur cette demande proviennent des documents originaux présentés par le/a requérant/e

(Luogo e data – Lieu et date) _____

Per _____
Pour

(Timbro e firma – Cachet et signature)