

B. FAMILIARI CHE ACCOMPAGNANO IL LAVORATORE*MEMBRES DE LA FAMILLE QUI ACCOMPAGNENT LE TRAVAILLEUR*

Cognomi e Nomi <i>Nom et Prénoms</i>	Data di nascita <i>Date de Naissance</i>	Legame di parentela con l'assicurato <i>Lien de parenté avec l'assuré</i>

C. INDICAZIONI CONCERNENTI IL DATORE DI LAVORO*RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'EMPLOYEUR*

Nome o ragione sociale
Nom ou raison sociale

Indirizzo
Adresse

Via e numero - *Rue et numéro*

Comune o frazione -
Cité, ville ou village

Provincia o territorio
Province ou territoire

Stato
Pays

Codice postale
Code postal

N. di affiliazione

N. d'affiliation:

In Italia - *En Italie*

In Tunisia - *En Tunisie*

L'impresa è in possesso del certificato di distacco temporaneo (Form. I/TN 4) presentato il

L'entreprise détient le certificat de détachement temporaire (Form. I/TN 4) présenté le

con scadenza il
valable jusqu'à le

e chiede la proroga dell'assoggettamento alla legislazione dello Stato ove ha sede
et demande la prolongation de l'assujettissement à la législation du Pays où

l'impresa per il periodo compreso tra il
l'entreprise a son siège pour la période du

e il
au

presso lo stabilimento di seguito indicato
auprès de l'établissement ci-après désigné

Nome o ragione sociale
Nom ou raison sociale

N. di affiliazione
N. di affiliation

In Italia - *En Italie*

In Tunisia - *En Tunisie*

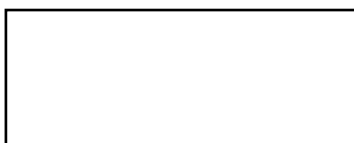
Indirizzo
Adresse

Per effettuare il lavoro di seguito descritto:
Pour effectuer le travail décrit ci-après:

A _____ il _____
À _____ le _____

Firma del lavoratore _____
Signature du travailleur

Firma del datore di lavoro e timbro dell'impresa _____
Signature de l'employeur et cachet de l'entreprise



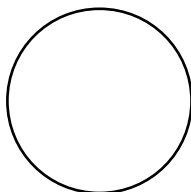
SEZIONE II - SECTION II⁽⁴⁾

L'Autorità competente _____
L'Autorité compétente il Ministero / *Nom du Ministère*

Indirizzo _____
Adresse

dichiara che è non è (5) d'accordo a che il lavoratore di cui trattasi continui ad essere
déclare de donner de ne pas donner (5) son accord afin que le travailleur prédit continue à être
assoggettato alla legislazione dello Stato durante il periodo dal _____ al _____
assujetti à la législation du Pays pendant la période du au

A _____ il _____
À _____ le _____



_____ *Timbro e firma dell'Istituzione competente/Cachet et signature de l'Institution d'affiliation*

(4) Da compilare a cura dell'Autorità competente dello Stato presso il quale è stato distaccato il lavoratore
À remplir par l'Autorité compétente du Pays où le travailleur a été détaché

(5) Cancellare l'ipotesi che non interessa
Biffer l'hypothèse qui ne concerne pas