

CONVENZIONE DI SICUREZZA SOCIALE TRA ITALIA E URUGUAY
CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ITALIA Y URUGUAY

DOMANDA DI PRESTAZIONE
SOLICITUD DE PRESTACION

N° DELLA PRATICA IN ITALIA
N° DEL EXPEDIENTE EN ITALIA

N° DI COLLEGAMENTO IN URUGUAY
N° DE ENLACE EN URUGUAY

N° DELLA PRATICA IN URUGUAY
N° DEL EXPEDIENTE EN URUGUAY

(1) DOMANDA DI PENSIONE URUGUAYANA
PRESTACION SOLICITADA URUGUAYANA

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | DI INVALIDITÀ
<i>JUBILACION POR INVALIDEZ</i> | <input type="checkbox"/> | AI SUPERSTITI
<i>PENSION DE SOBREVIVIENTES</i> |
| <input type="checkbox"/> | DI VECCHIAIA
<i>JUBILACION ORDINARIA</i> | <input type="checkbox"/> | DI ANZIANITÀ
<i>POR EDAD AVANZADA</i> |
| <input type="checkbox"/> | SOLO RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE DEI PERIODI DI SERVIZIO
<i>SÓLO CERTIFICACIÓN DE PERÍODOS</i> | | |

PRESENTATA DA
PRESENTADA POR

COGNOME - 1 APELLIDO (2)

COGNOME - 2 APELLIDO (2)
 del richiedente - *del/de la solicitante*

NOMI - NOMBRES

STATO CIVILE (3)
ESTADO CIVIL

SESSO
SEXO **M** **F**

CODICE FISCALE ITALIANO
CÓDIGO FISCAL ITALIANO

LUOGO E DATA DI NASCITA
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO

DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN URUGUAY
DOCUMENTO DE IDENTIDAD IN URUGUAY

C.I.

C.C.

INDIRIZZO DEL LUOGO DI RESIDENZA
DIRECCION DEL LUGAR DE RESIDENCIA

Via, n°, Calle, n°

piano, piso, interno, depto

C.A.P., C.P.,

località e provincia, *localidad y provincia*

DATI ANAGRAFICI RELATIVI ALL'ASSICURATO/A DEFUNTO/A - *DATOS DEL/DE LA ASECURADO/A FALLECIDO/A*
 (DA COMPILARE NEL CASO DI PENSIONE AI SUPERSTITI) - *(A CUMPLIMENTAR EN CASO DE PENSION DE SOBREVIVIENTES)*

COGNOME
 1 APELLIDO (2)

COGNOME
 2 APELLIDO (2)

NOMI
 NOMBRES

STATO CIVILE (3)
ESTADO CIVIL

SESSO
SEXO **M** **F**

CODICE FISCALE ITALIANO
CÓDIGO FISCAL ITALIANO

LUOGO E DATA DI NASCITA
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO

LUOGO E DATA DEL DECESSO
LUGAR Y FECHA DE FALLECIMIENTO

LUOGO E DATA DEL MATRIMONIO (4)
LUGAR Y FECHA DEL MATRIMONIO

DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN URUGUAY
DOCUMENTO DE IDENTIDAD IN URUGUAY

C.I.

C.C.

STATO DI FAMIGLIA - DATOS DE FAMILIA

COGNOMI E NOMI <i>APELLIDOS Y NOMBRES</i>	RELAZIONE DI PARENTELA <i>PARENTESCO</i>	DATA DI NASCITA <i>FECHA DE NACIMIENTO</i>	ANNOTAZIONI <i>ANOTACIONES</i>

(1) Contrassegnare con x la prestazione richiesta / *Indicar con una "x" el casillero que interesa.*

(2) Per le donne coniugate indicare anche il cognome da nubile / *Para las mujeres casadas indicar tambien el apellido de soltera.*

(3) Celibe/nubile, vedovo/a, coniugato/a, divorziato/a / *Soltero/a, casado/a, viudo/a, divorciado/a, separado/a.*

(4) Da compilare in caso pensione per vedovo/a / *A complimentar en caso de pension por viudo/a.*

**OTROS DATOS RELATIVOS AL/A LA ASEGURADO/A
 ALTRE NOTIZIE CONCERNENTI L'ASSICURATO/A**

ULTIMA OCUPACION BAJO DEPENDENCIA EN ITALIA: - *ULTIMA OCCUPAZIONE IN ITALIA PRESSO TERZI:*

INDICAR ACTIVIDAD EJERCIDA Y LUGAR DE TRABAJO (MUNICIPIO Y PROVINCIA)
PRECISARE L'ATTIVITÀ LAVORATIVA ESERCITATA E LA LOCALITÀ IN CUI IL LAVORO È STATO EFFETTUATO (COMUNE E PROVINCIA)

ULTIMA OCUPACION EN ITALIA COMO TRABAJADOR AUTONOMO:
ULTIMA OCCUPAZIONE IN ITALIA IN QUALITÀ DI LAVORATORE AUTONOMO:

INDICAR EL CARACTER Y LUGAR DE TRABAJO (MUNICIPIO Y PROVINCIA)
PRECISARE LA RELATIVA QUALIFICA E INDICARE LA LOCALITÀ IN CUI IL LAVORO È STATO EFFETTUATO (COMUNE E PROVINCIA)

FECHA DE CESACION DE LA ULTIMA OCUPACION EN ITALIA: *DATA DI CESSAZIONE DELL'ULTIMA OCCUPAZIONE IN ITALIA:*

COMO TRABAJADOR DEPENDIENTE - *COMO TRABAJADOR DEPENDIENTE*

COMO TRABAJADOR AUTONOMO - *IN QUALITÀ DI LAVORATORE AUTONOMO*

NUMERO DE AFILIACION EN ITALIA (SI SE CONOCE)
NUMERO DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA IN ITALIA (SE CONOSCIUTO)

PERIODOS DE TRABAJO EN ITALIA - PERIODI DI LAVORO IN ITALIA

DESDE <i>DAL</i>	HASTA <i>AL</i>	ACTIVIDAD EJERCIDA <i>ATTIVITÀ LAVORATIVA ESERCITATA</i>	EMPLEADOR <i>DATORE DI LAVORO</i>	LUGAR DE TRABAJO (MUNICIPIO Y PROVINCIA) <i>LOCALITÀ IN CUI IL LAVORO È STATO EFFETTUATO (COMUNE E PROVINCIA)</i>	DENOMINAC. Y SEDE DEL INSTITUTO COMPETENTE <i>DENOMINAZIONE E SEDE DELL'ISTITUZIONE COMPETENTE</i>

N.B. Si el asegurado ha hecho el servicio militar, agregar el certificado matricular para la eventual averiguacion.

Se l'assicurato ha prestato servizio militare, allegare il foglio matricolare per l'eventuale riconoscimento.

Si el asegurado ha cumplido periodos de trabajo forzado o internacion civil, de carcel de confinamiento, ex patriado como perseguido politico acompanar la respectiva documentacion.

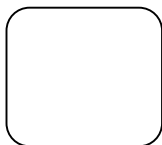
Se l'assicurato ha compiuto periodi di lavoro coatto o di internamento civile, di carcere, di confino, espatrio quale perseguitato politico, allegare la relativa documentazione.

**PERIODOS DE TRABAJO EN OTROS PAISES QUE ITALIA Y URUGUAY
 PERIODI DI LAVORO IN STATI DIVERSI DALL'ITALIA E DALL'URUGUAY**

DESDE <i>DAL</i>	HASTA <i>AL</i>	ACTIVIDAD EJERCIDA <i>ATTIVITÀ LAVORATIVA ESERCITATA</i>	PAIS DE TRABAJO <i>STATO IN CUI IL LAVORO È STATO EFFETTUATO</i>

EL/LA SUSCRIPTO/A CONOCEDOR DE LAS CONSECUENCIAS CIVILES Y PENALES PREVISTAS POR AQUELLOS QUE HACEN DECLARACIONES FALSAS, DECLARA, BAJO SU RESPONSABILIDAD, QUE LAS CONTESTACIONES A LAS PREGUNTAS EN ESTE FORMULARIO SON DE CONFORMIDAD CON LA VERDAD.

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



.....
FIRMA DEL/DE LA SOLICITANTE O DE SU REPRESENTANTE LEGAL. (Si no sabe firmar, impresion digito pulgar).

FIRMA DEL/DELLA RICHIEDENTE OVVERO DEL SUO LEGALE RAPPRESENTANTE. (Se non sa firmare, impronta digitale).

Impresion digital (derecha-izquierda)
Impronta digitale (destra-sinistra)

LUGAR Y FECHA
LUOGO E DATA

DIRECCION COMPLETA
INDIRIZZO COMPLETO

CALLE, NUMERO - VIA, NUMERO CIVICO

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

LOCALIDAD - LOCALITÀ

PROVINCIA, - PROVINCIA

PAIS - STATO

CORREO ELECTRONICO DEL SOLICITANTE
INDIRIZZO E-MAIL DEL RICHIEDENTE

CORREO ELECTRONICO DE LA OFICINA DE INPS QUE ENVIÒ LA SOLICITUD
INDIRIZZO E-MAIL DELL'UFFICIO INPS-CONVENZIONI INTERNAZIONALI COMPETENTE

**A COMPLIMENTAR POR LA INSTITUCION COMPETENTE URUGUAYANA
DA COMPILARE DA PARTE DELL'ISTITUZIONE COMPETENTE URUGUAYANA**

FECHA DE RECEPCION DE LA SOLICITUD - LA DOMANDA È PERVENUTA IL

SE CERTIFICA QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN EL PRESENTE FORMULARIO HAN SIDO EXTRAIDOS DE LOS DOCUMENTOS ORIGINALES PRESENTADOS POR EL/LA INTERESADO/A.

SI ATTESTA CHE I DATI ANAGRAFICI RIPORTATI NEL PRESENTE FORMULARIO SONO STATI RILEVATI DAI DOCUMENTI ORIGINALI PRESENTATI DALL'INTERESSATO/A.

LUGAR Y FECHA - LUOGO E DATA

POR
PER

.....
SELLO FIRMA - TIMBRO FIRMA