

**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)

**ACORDO DE PRECIDÊNCIA SOCIAL ENTRE O GOVERNO DE REPÚBLICA ITALIANA  
E O GOVERNO DA REPÚBLICA DO CABOVERDE**

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

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>* <b>Formulario da usare per le domande</b> di pensione a carico dell'assicurazione di CAPOVERDE</li><li>* <b>Formulário a ser usado para os pedidos</b> de pensão a cargo de previdencia do CABOVERDE</li></ul> |
|--|

**DOMANDA DI PRESTAZIONE**

***PEDIDO DE PRESTAÇÃO***

<b>NUMERO DELLA PRATICA IN ITALIA</b> <b>REFERÊNCIA DO PROCESSO NA ITALIA</b>	
--	--

**AVVERTENZA PER LA COMPILAZIONE**  
**ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO**

Si prega di scrivere in stampatello o, comunque, in modo leggibile.

*Pede-se escrever em caracteres de imprensa, ou de forma legível.*

**DOMANDA DI PENSIONE**

**PEDIDO DE APOSENTADORIA/PENSÃO**

di vecchiaia / *por velhice*

di invalidità / *por invalidez*

di anzianità / *por ancianidade de serviço*

ai superstiti / *de sobrevivência*

Contrassegnare con X la prestazione richiesta / *Marcar con X o beneficio requerido*

presentada da  
*apresentado por*

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

nazionalità  
*nacionalidade*

sexso / *sexo*

stato civile  
*estado civil*

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

luogo e data di nascita  
*local e data de nascimento*

luogo e data del matrimonio  
*local e data do casamento*

indirizzo completo  
*endereço completo*

Via, numero, piano, interno / *Rua, número, andar, apartamento*

località, provincia, stato / *cidade, provincia, país*

**DATI ANAGRAFICI RELATIVI ALL'ASSICURATO/A DEFUNTO/A**

**DADOS PESSOAIS DO(A) SEGURADO(A) FALECIDO(A)**

(da compilare nel caso di pensione ai superstiti)

*a ser preenchido no caso de pensão para os benediciários*

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

nazionalità  
*nacionalidade*

sexso / *sexo*

stato civile  
*estado civil*

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

luogo e data di nascita  
*local e data do nascimento*

luogo e data del decesso  
*local e data de falecimento*

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

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

**DADOS DE PARENTESCO - STATO DI FAMIGLIA**

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

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

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:

*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 autônoma:*

Si

No

*Sim*

*Não*

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

*Se a resposta for afirmativa, indicar pel as pessoas acima mencionadas:*

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

**ALTRE NOTIZIE CONCERNENTI L'ASSICURATO/A  
OUTRAS INFORMAÇÕES CONCERNENTES AO SEGURADO/A**

Data di cessazione dell'ultima occupazione in CAPOVERDE:

*Data do terminio da última atividade no CAPOVERDE:*

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

**PERIODI DI LAVORO IN CAPOVERDE**  
**PERÍODOS DE TRABALHO NO CABOVERDE**

DAL <i>DESDE</i>	AL <i>ATE</i>	ATTIVITÀ LAVORATIVA ESERCITATA LOCALITÀ IN CUI IL LAVORO È STATO ESERCITATO  <i>TIPO DE TRABALHO EXERCIDO</i> <i>LOCAL ONDE DESENVOLVEU A ATIVIDADE</i>	Denominazione dell'Organismo di Capoverde  <i>Denominação do</i> <i>Orgao de previdencia</i> <i>Capoverdiano</i>	N°. di iscrizione nell'assicurazione di Capoverde (se conosciuto)  <i>N°. de inscrição na</i> <i>providência</i> <i>Capoverdiana</i> <i>(se conhecido)</i>

Documentazione del lavoro in capoverde presentata dal/la richiedente a corredo della domanda:  
*Documentação referente ao trabalho no cabo-verde, apresentada pelo (a) requerente, em anexo ao pedido:*

**ALTRE NOTIZIE CONCERNENTI L'ASSICURATO/A**  
**OUTRAS INFORMAÇÕES CONCERNENTES AO SEGUNDO/A**

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

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

Il/La richiedente o (a) *requerente* beneficia *usufrui* non beneficia in ITALIA di: *não usufrui na ITÁLIA de:*      Precisare il genere di prestazione  
*Esplecificar o tipo de benefício*

a carico del a cargo de      Denominazione dell'organismo assicuratore *Denominação do orgao de previdência*      dal *desde*

e beneficia *usufrui* non beneficia nella Repubblica di Capoverde di: *não usufrui na República do Cabo-Verde:*      Precisare il genere di prestazione  
*Esplecificar o tipo de benefício*

a carico del a cargo de      Denominazione dell'organismo assicuratore *Denominação do orgao de previdência*      dal *desde*

-----  
Firma del /la richiedente  
*Assinatura Do/a requirente*

---

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.

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

-----  
FIRMA DEL/DELLA RICHIEDENTE OVVERO DEL SUO LEGALE RAPPRESENTANTE  
*ASSINATURA DO REQUERENTE OU DE SEU REPRESENTANTE LEGAL*

LUOGO E DATA  
*LOCAL E DATA*

INDIRIZZO COMPLETO  
*ENTEREÇO COMPLETO*

VIA, NUMERO CIVICO / *RUA, NÚMERO*

**AVVERTENZA / ADVERTÊNCIA**

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.

*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.*

FIRMA DEL TESTIMONE .....  
ASSINATURA DA TESTEMUNHA

FIRMA DEL TESTIMONE .....  
ASSINATURA DA TESTEMUNHA

**DA COMPILAR DA PARTE DELL'INPS  
A SER PREENCHIDO PELO INPS**

La domanda è pervenuta il  
*O pedido foi recebido em*

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

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

per l'I.N.P.S.  
*pelo I.N.P.S.*

luogo e data / *local e data*

-----  
timbro e firma / *carimbo e assinatura*