



CERTIFICATO MEDICO PER LA CONCESSIONE DELLE PRESTAZIONI FAMILIARI

Reg. 1408/71: art. 73; art. 74; art. 77; art. 78
Reg. 574/72: art. 86; art. 88; art. 90; art. 91; art. 92

A. Richiesta di certificato

Da compilarsi a cura dell'istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari

1.	Persona che fa richiesta di prestazioni familiari			
	<input type="checkbox"/> Lavoratore subordinato	<input type="checkbox"/> Titolare di pensione o di rendita (regime lavoratori subordinati)		
	<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo	<input type="checkbox"/> Titolare di pensione o di rendita (regime lavoratori autonomi)		
	<input type="checkbox"/> Persone diverse da quelle summenzionate	<input type="checkbox"/> Orfano		
1.1. Cognome (^{1 bis})				
1.2. Nomi		Cognomi precedenti (^{1 bis})		
1.3. Data di nascita		Sesso	Nazionalità	Numero d'identificazione/assicurazione (³)
1.4. Indirizzo (⁴)				

2.	Persona cui si riferisce il certificato medico			
2.1. Cognome (^{1 bis})				
2.2. Nomi		Cognomi precedenti (^{1 bis})		
2.3. Luogo di nascita (²)		Data di nascita	Sesso	Numero di identificazione/assicurazione (³)
2.4. Indirizzo (⁴)				

3.	Istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari			
3.1. Denominazione				
3.2. Indirizzo (⁴)				
3.3. Numero di riferimento della pratica				
3.4. Timbro		3.5. Data		
		3.6. Firma		

B. Certificato

Da compilarsi a cura del medico incaricato dall'organismo di collegamento ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾ del paese di residenza della persona esaminata ed inviato all'istituzione di cui al punto 3.

4.

4.1. a) Le facoltà fisiche o mentali della persona esaminata sono diminuite non sono diminuite
In caso affermativo, si indichi la percentuale della diminuzione: %

b) La persona esaminata è in grado di provvedere al proprio mantenimento
 non è in grado di provvedere al proprio mantenimento né di continuare la propria formazione professionale con lo studio a motivo di disabilità fisica o mentale

c) La persona esaminata è non è casalinga
In caso affermativo: è non è in grado di occuparsi delle faccende domestiche

d) Osservazioni:
.....
.....
.....

e) Descrizione dello stato della persona esaminata:
.....
.....
.....

4.2. Data d'inizio della disabilità o malattia (si richiede la massima precisione)
.....

4.3. Durata probabile:

4.4. a) Una nuova visita medica è necessaria non è necessaria
b) In caso affermativo, data della visita:

5.

5.1. Cognome e nome del medico:

5.2. Indirizzo ⁽⁴⁾
.....

5.3. Data
.....

5.4. Firma
.....

ISTRUZIONI

Si prega di compilare il modulo in stampatello, scrivendo solo sulle linee tratteggiate. Esso è costituito da tre pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata, anche qualora non contenga alcuna indicazione. Il modulo deve essere compilato nella lingua del medico che rilascia il certificato.

NOTE

- (¹) Sigla del paese in cui è situata l'istituzione che compila il modulo: BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipro; LV = Lettonia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; HU = Ungheria; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portogallo; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; FI = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.
- (^{1 bis}) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi alla nascita. Per i cittadini portoghesi indicare tutte le generalità (nomi, cognomi, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto. Per l'Italia indicare il cognome da nubile.
- (²) Per il Portogallo, indicare anche la parrocchia e il comune.
- (³) Se il modulo è destinato a un'istituzione ceca, indicare il numero di nascita; se destinato a un'istituzione cipriota, il numero cipriota di identificazione per un cittadino cipriota o il numero di certificato di registrazione stranieri (ARC) per un cittadino straniero; per un'istituzione danese, indicare il numero CPR; per un'istituzione finlandese, indicare il numero di registro demografico; per un'istituzione svedese, indicare il numero personale (personnummer); per un'istituzione islandese, indicare il numero di identificazione personale (kennitala); per un'istituzione del Liechtenstein, indicare il numero di assicurazione AHV; per un'istituzione lituana indicare il numero di identificazione personale; per un'istituzione lettone indicare il numero di identità; per un'istituzione ungherese, indicare il numero TAJ (identificazione assicurazione sociale); per un'istituzione maltese, indicare il numero di carta d'identità per un cittadino maltese oppure il numero di sicurezza sociale maltese per un cittadino non maltese; per un'istituzione norvegese, indicare il numero di identificazione personale (fødselsnummer); per un'istituzione belga, indicare il numero nazionale di sicurezza sociale (NISS); per un'istituzione tedesca del regime generale assicurazione pensionistica, indicare il numero di assicurazione (VSNR); per un'istituzione spagnola, indicare il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (DNI) o N.I.E nel caso di cittadini stranieri, anche se la carta non è più valida; per un'istituzione polacca, indicare i numeri PESEL e NIP; per un'istituzione portoghese, indicare inoltre il numero di registrazione nel regime generale pensionistico, ove la persona interessata sia stata assicurata nel quadro del regime di sicurezza sociale per i dipendenti pubblici in Portogallo; per un'istituzione slovacca, indicare il numero di nascita; per un'istituzione slovena, indicare il numero di identificazione personale (EMŠO) e il numero fiscale; per un'istituzione svizzera, indicare il numero di assicurazione AVS/AI (AHV/IV); per un'istituzione italiana indicare il codice fiscale.
- (⁴) Via, numero, codice postale, località, Stato.
- (⁵) Oppure dal medico della Cassa designata dall'organismo di collegamento.
- (⁶) In Slovenia si tratta del medico di propria scelta.
-