

Stato:	Numero d'identificazione ⁽²⁾ ⁽⁷⁾	Istituzione in causa (se del caso, organismo di collegamento)
1)
2)
3)
4)
5)

ISTRUTTORIA DI UNA DOMANDA DI PENSIONE DI INVALIDITÀ

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articoli 44-51 bis; articolo 77

Regolamento (CEE) n. 574/72: articoli 36-38; articoli 41-43; articoli 45-47; articolo 49; articolo 90 (); articolo 111*

Da compilarsi a cura dell'istituzione d'istruttoria, che ne trasmetterà un esemplare a ciascuna istituzione presso la quale il lavoratore dipendente o autonomo è stato assicurato (istituzioni in causa), oppure all'organismo di collegamento.

1.	Istituzione destinataria (istituzione in causa o organismo di collegamento, se del caso)
1.1	Denominazione:
1.2	Indirizzo ⁽³⁾ :

A. Informazioni concernenti l'assicurato/a ^(3 bis)

2.			
2.1	Cognome ⁽⁴⁾ :		
2.2	Cognome di nascita ⁽⁴⁾ :		
2.3	Nome/i ⁽⁵⁾ :		
2.4	Cognomi precedenti ⁽⁶⁾ :		
2.5	Sesso ⁽⁷⁾ :		
2.6	Cognome e nomi del padre ⁽⁸⁾ :		
2.7	Cognome di nascita e nomi della madre ⁽⁸⁾ :		
2.8	Stato civile:		
	celibe/nubile	divorziato/a ⁽⁹⁾	separato/a
		dal: ⁽¹⁰⁾	dal: ⁽¹⁰⁾
	sposato/a	risposato/a ⁽⁹⁾	vedovo/a
	dal: ⁽¹⁰⁾	dal: ⁽¹⁰⁾	dal: ⁽¹⁰⁾
	convivente		
	dal: ⁽¹¹⁾ ⁽¹²⁾ ⁽¹³⁾		
2.9	Codice fiscale ⁽¹⁴⁾ :		
	e codice del distretto fiscale:		
2.10	Numero di matricola ⁽²⁾ ⁽¹⁵⁾ :		

(*) L'articolo 90 del regolamento (CEE) n. 574/72 non è applicabile nei Paesi Bassi.

3. Cittadinanza ⁽¹⁶⁾ ⁽¹⁷⁾:

4. Dati anagrafici ⁽¹⁸⁾

4.1 Data di nascita ⁽¹⁸⁾:

4.2 Luogo di nascita ⁽¹⁹⁾:

4.3 Provincia, dipartimento, contea ⁽²⁰⁾:

4.4 Stato ⁽²¹⁾:

5. Indirizzo e coordinate bancarie

5.1 Indirizzo ⁽³⁾ ⁽²²⁾ ⁽²³⁾:

5.2 Coordinate bancarie o indirizzo per pagamento diretto:

Nominativo del beneficiario, come noto alla banca:

Nome della banca:

Indirizzo della banca:

Codice di identificazione della banca (BIC/SWIFT):

Numero di conto bancario internazionale (IBAN):

6.

6.1 Numero di matricola presso l'istituzione d'iscrizione:

6.2 Numero di riferimento della pratica presso l'istituzione d'istruttoria:

7.

7.1 Data fissata come inizio dell'invalidità:

7.2 Data d'inizio dell'inabilità al lavoro seguita da invalidità:

7.3 L'interessato/a

esercita	non esercita più	
un'attività retribuita	un'attività come dipendente pubblico ^(23 bis)	un'attività autonoma

7.4 Se esercita un'attività retribuita o un'attività come dipendente pubblico indicare ^(23 bis) ⁽²⁴⁾:

importo della retribuzione:

numero di ore lavorate:

7.5 Data di cessazione dell'attività

come lavoratore subordinato:

come lavoratore autonomo:

come dipendente pubblico ^(23 bis):

7.6 Tipo di attività ^(24 bis):

Se esercita un'attività autonoma indicare l'importo del reddito professionale ⁽²⁵⁾:

7.7 Natura dell'attività:

7.8 Altri redditi noti (importo e natura) ⁽²⁶⁾:

7.9 Il richiedente dichiara di non avere alcun reddito ⁽²⁷⁾

- 7.10 Si presume che l'invalidità
- | | |
|-------------------|---|
| sia stata causata | non sia stata causata da terzi |
| derivi | non derivi da un infortunio sul lavoro o da una malattia professionale ⁽²⁸⁾ |
| derivi | non derivi da un infortunio extra lavorativo ⁽²⁹⁾ |
| derivi | non derivi da lesioni riportate o da malattie contratte nell'esercizio dell'attività ^(28 bis) |
| derivi | non derivi da un infortunio connesso all'attività o da una malattia collegata alle particolari caratteristiche o condizioni di lavoro ^(28 bis) |
| sia stata causata | non sia stata causata dal richiedente di proposito ⁽⁵⁰⁾ |
- 7.11 Al momento dell'inizio dell'inabilità al lavoro il/la richiedente
- era assicurato contro l'invalidità in qualità di lavoratore
 - era assicurato contro l'invalidità in qualità diversa da quella di lavoratore
 - non era assicurato contro l'invalidità

8.

- 8.1 Dall'inizio dell'inabilità al lavoro l'interessato/a
- ha seguito corsi di riabilitazione
 - non ha seguito corsi di riabilitazione
 - ha seguito corsi professionali
 - non ha seguito corsi professionali
- 8.2 In caso affermativo, indicare per quale tipo di attività:
- 8.3 Datore di lavoro presso cui esercita la nuova attività:
- Nome del datore di lavoro o ragione sociale:
- Indirizzo ⁽³⁾:
- 8.4 Data di inizio e di cessazione dell'attività:

9.

- | | ha richiesto le seguenti prestazioni: | beneficia delle seguenti prestazioni: |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 9.1 L'assicurato/a | | |
| 9.2 Pagamenti continuati di un salario o di uno stipendio in caso di malattia | | |
| 9.3 Indennità dell'assicurazione malattia per inabilità al lavoro | | |
| 9.4 Indennità per la rieducazione | | |
| Indennità professionale | | |
| 9.5 Pensione di invalidità ⁽³⁰⁾ | | |
| 9.6 Pensione di vecchiaia ⁽³⁰⁾ | | |
| 9.7 Pensione ai superstiti ⁽³⁰⁾ | | |
| 9.8 Rendita per infortunio sul lavoro o malattia professionale | | |
| 9.9 Prestazioni di disoccupazione o pensione anticipata | | |
| 9.10 Prestazioni per assistenza da parte di una terza persona ⁽³¹⁾ | | |
| 9.11 Prestazioni familiari ⁽³²⁾ | | |
| 9.12 Rimborso di contributi | | |
| 9.13 Trasferimento di contributi ⁽³³⁾ | | |
| 9.14 Altre prestazioni (specificare): | Si | No |

9.15 Istituzioni debtrici delle prestazioni di cui ai punti da 9.2. a 9.11

[denominazione, indirizzo ⁽³⁾ numero della prestazione]:

9.

9.

9.

9.

9.16 Informazioni complementari relative alle prestazioni di cui ai punti da 9.2 a 9.11

Riferimento prestazione	N. di riferimento della pratica	Periodo o data di decorrenza	Importo
9.	giornaliero settimanale mensile annuo giornaliero settimanale mensile annuo giornaliero settimanale mensile annuo
9.	giornaliero settimanale mensile annuo giornaliero settimanale mensile annuo
9.	giornaliero settimanale mensile annuo

9.17 Sono considerate anticipi della pensione richiesta:

prestazioni dell'assicurazione malattia per inabilità al lavoro

prestazioni di disoccupazione

.....

9.18 L'assicurato/a ha diritto alle prestazioni di malattia in natura ai sensi della legislazione applicata dall'istituzione d'istruttoria

Sì

No

Non ancora determinato

9.19 L'istituzione d'istruttoria o un'altra istituzione concede un aumento delle prestazioni nella misura in cui il/la richiedente non sia in grado di svolgere le normali attività quotidiane autonomamente

Sì

No

Non ancora determinato

— Oltre alle prestazioni di cui al punto 9, il richiedente beneficia di una prestazione supplementare ove non sia in grado di svolgere le sue normali attività quotidiane

— La prestazione supplementare può essere ridotta qualora un'altra istituzione interessata concedesse una prestazione analoga

Sì

No

Non ancora determinato

10.	Informazioni complementari per l'applicazione delle disposizioni in materia di cumulo delle prestazioni		
10.1	Quando l'istituzione o le istituzioni interessate erogano più prestazioni dello stesso tipo, la pensione calcolata dall'istituzione d'istruttoria può essere ridotta		
	Sì	No	Non ancora determinato
10.2	La pensione calcolata dall'istituzione d'istruttoria può essere ridotta		
	<input type="checkbox"/> Sì	No	Non ancora determinato
	— perché si tiene conto di una o più prestazioni specificate al punto 9		
	9.	9.	9.
	— per via di redditi diversi dalle prestazioni di cui al punto 9		
	Reddito da lavoro subordinato/autonomo		
	Altro ⁽³⁴⁾ :		
10.3	L'istituzione interessata è tenuta a specificare la quota parte della pensione derivante dai contributi volontari (punto 6.7 del formulario E 210)		
	Sì	No	
10.4	La prestazione a carico dell'istituzione d'istruttoria è basata (parzialmente o totalmente) sui contributi volontari		
	Sì	No	

B. Informazioni riguardanti i familiari dell'assicurato/a

11.	Coniuge ⁽¹³⁾ ⁽¹⁷⁾ ⁽³⁵⁾	Convivente ⁽¹¹⁾	
11.1	Cognome ⁽⁴⁾ :		
	Numero di identificazione/matricola ⁽²⁾ ⁽¹⁵⁾ ⁽¹⁷⁾ :		
11.2	Nome/i:		
	Cognomi precedenti:		
11.3	Data di nascita:		
	Luogo di nascita: ⁽¹⁹⁾ :		
11.4	Indirizzo ⁽³⁾ :		
		
		
11.5	Data del matrimonio/dell'inizio della convivenza:		
	L'assicurato/a vive sotto lo stesso tetto del coniuge o del convivente?		
	Sì, dal		
	No		
	Non più, dal		
11.6	Il coniuge/convivente	esercita	non esercita un'attività retribuita
		ha altri redditi	non ha altri redditi
11.7	In caso affermativo, indicare l'importo della retribuzione		
	settimanale ⁽³⁶⁾ :	mensile ⁽³⁷⁾ :	annua ⁽³⁸⁾ :
11.8	Il coniuge/convivente		
	ha presentato una domanda di pensione in base al regime per		
	lavoratori subordinati		
	dipendenti pubblici ^(38 bis)		
	lavoratori autonomi		
	Percepisce una pensione		Non percepisce una pensione
	In caso affermativo, indicare:		
11.9	la natura della pensione:		
11.10	il numero di pensione ⁽¹⁷⁾ :		

11.11 Istituzione debitrice:

.....

11.12 Importo mensile trimestrale annuo

11.13 Il coniuge/convivente percepisce non percepisce altre prestazioni ⁽³⁹⁾

disoccupazione malattia invalidità altre

11.14 Data d'inizio:

11.15 Importo mensile trimestrale annuo

11.16 Altre redditi noti: Natura:

Importo ⁽⁴⁰⁾:

12.	Figli ⁽¹³⁾ ⁽¹⁷⁾			
12.1	Cognome ⁽⁴⁾ ⁽¹⁷⁾ :	Nome/i:	Luogo e data dinascita, matrimonio o decesso ⁽⁴¹⁾ :	Rapporto di parentela (esempio, figlio proprio, adottato, in affido):
	1. ....	.....	.....	.....

	2. ....	.....	.....	.....

	3. ....	.....	.....	.....

	4. ....	.....	.....	.....

12.2	Per la concessione delle prestazioni di cui all'articolo 77 del regolamento (CEE) n. 1408/71 è competente: l'istituzione d'istruttoria l'istituzione indicata qui di seguito:			
12.3	L'istituzione d'istruttoria per i figli di cui alle righe n. del punto 12.1 concede prestazioni fino al incluso Importo dell'assegno familiare e/o della pensione orfanile per figlio ⁽⁴²⁾ : non concede prestazioni per i figli di cui alle righe n. del punto 12.1 ⁽⁴³⁾ non ha ancora preso una decisione in merito al diritto alle prestazioni			
12.4	Indirizzo ⁽³⁾ ⁽⁴⁴⁾ :			
			
12.5	Osservazioni ⁽⁴⁵⁾ ⁽⁴⁶⁾ :			
			
			

13. Ascendenti ed altri membri della famiglia ⁽⁴⁷⁾

13.1	Cognome ⁽⁴⁾ :	Nome/i:	Data di nascita:	Rapporto di parentela:
1.

2.

3.

4.

13.2	Indirizzo ⁽³⁾ ⁽⁴⁴⁾ :			
			
			
13.3	Osservazioni:			
			
			

C. Informazioni varie

14. Data di presentazione della domanda:

Data di decorrenza del pagamento:

.....

14.1 Il/la richiedente ha chiesto il pagamento ⁽⁴⁸⁾

direttamente nello Stato di residenza

ad un rappresentante nello Stato d'origine

15. L'istituzione d'istruttoria corrisponde non corrisponde

prestazioni a titolo provvisorio ai sensi dell'articolo 45, paragrafo 1, del regolamento (CEE) n. 574/72

15.1 In caso negativo, le istituzioni interessate sono tenute a verificare se è possibile erogare prestazioni a titolo provvisorio ai sensi dell'articolo 45, paragrafo 2, del regolamento (CEE) n. 574/72

16. Si devono Non si devono

effettuare trattenute per compensare le somme pagate in eccesso, ai sensi dell'articolo 111 del regolamento (CEE) n. 574/72

16.1 Gli eventuali arretrati di pensione

possono non possono

essere pagati direttamente al beneficiario

17.1	Formulari allegati	E 205	E 207 ⁽⁴⁹⁾	E 213	
17.2	Si prega di inviarci	E 205	E 210	Decisione	Arretrati
Osservazioni:					
.....					
.....					

18.	Istituzione d'istruttoria				
18.1	Denominazione:				
.....					
18.2	Indirizzo ⁽³⁾ :				
.....					
18.3	Timbro	18.4	Data:		
		18.5	Firma:		
.....					

ISTRUZIONI

Il presente formulario deve essere compilato in stampatello o a macchina, utilizzando unicamente le apposite linee punteggiate. Esso è composto di undici pagine, ciascuna delle quali deve essere trasmessa, anche qualora non contenga alcuna indicazione.

NOTE

- (¹) Sigla dello Stato dell'istituzione che compila il formulario: 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.
- (²) Se il formulario è trasmesso: a un'istituzione ceca, indicare il numero di nascita; 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 non cipriota; a un'istituzione danese, indicare il numero CPR; a un'istituzione finlandese, indicare il numero di iscrizione al registro finlandese della popolazione; a un'istituzione svedese, indicare il numero personale (personnummer) svedese; a un'istituzione islandese, indicare il numero di identificazione personale islandese (kennitala); a un'istituzione del Liechtenstein, indicare il numero di assicurazione AHV; a un'istituzione lituana, indicare il numero di identificazione personale lituano; a un'istituzione lettone, indicare il numero di identità lettone; a 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; a un'istituzione norvegese, indicare il numero di identificazione personale norvegese (fødselsnummer); a un'istituzione belga, indicare il numero nazionale di sicurezza sociale (NISS); a un'istituzione tedesca del regime generale di assicurazione pensionistica, indicare il numero di assicurazione (VSNR), mentre per il regime di sicurezza sociale dei dipendenti pubblici, indicare il numero personale di identificazione (PRS-Kenn-Nr); a un'istituzione austriaca, indicare il numero di assicurazione austriaca (VSNR); a un'istituzione polacca, indicare il numero di riferimento della pratica pensionistica della persona che ha chiesto o a cui è stato riconosciuto il diritto alla pensione a carico del sistema polacco di sicurezza sociale; per l'assicurato/a che richiede la pensione polacca per la prima volta, indicare i numeri PESEL e NIP o NKP (numero NKP — se l'interessato/a rientra nel regime di sicurezza sociale degli agricoltori); in mancanza di tali numeri, indicare la serie e il numero della carta di identità o del passaporto; a un'istituzione portoghese, indicare il numero di iscrizione al regime pensionistico generale e, se del caso, anche se l'interessato/a è stato/a assicurato/a nell'ambito del regime di sicurezza sociale per i dipendenti pubblici in Portogallo; a un'istituzione slovacca, indicare il numero di nascita; a un'istituzione slovena, indicare, se noto, il numero della pratica, nel qual caso si omette il numero di cui alla nota 17; a un'istituzione svizzera, indicare il numero di assicurazione AVS/AI (AHV/IV).
- (³) Via, numero civico, codice postale, località, Stato, numero di telefono.
- (^{3 bis}) Per la Germania e l'Austria, il termine «assicurato/a» comprende tutte le persone assicurate nell'ambito del regime generale di sicurezza sociale, nonché i dipendenti pubblici ed equiparati assicurati nell'ambito di un regime speciale. Il termine «pensione» comprende altresì le pensioni per i dipendenti pubblici. Per la Polonia, il termine «assicurato/a» si riferisce anche a persone soggette a regimi speciali.
- (⁴) — Indicare il cognome usuale o quello acquisito per matrimonio.
 — Il cognome di nascita deve essere sempre indicato; se è identico al cognome attuale, indicare «idem».
 — Le espressioni quali «detto» e «alias», nonché le particelle che precedono i cognomi devono essere indicate per esteso nell'ordine in cui appaiono sul certificato di nascita.
 — Se il formulario è compilato da un'istituzione olandese, nel caso in cui l'assicurato o l'avente diritto sia una donna sposata o che sia stata sposata, indicare come cognome attuale quello del coniuge attuale o dell'ultimo coniuge e come cognome di nascita il cognome da nubile
 — Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi di nascita.
 — Per i cittadini portoghesi, indicare tutti i nomi (nomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto.
- (⁵) Indicare tutti i nomi nell'ordine del certificato di nascita.
- (⁶) Da indicare in particolare in caso di adozione o di utilizzazione di altri nomi entrati nell'uso corrente; le espressioni quali «detto» e «alias» nonché le particelle che precedono i cognomi devono essere indicate per esteso e nell'ordine in cui appaiono sul certificato di nascita.
- (⁷) M = maschile; F = femminile.
- (⁸) Queste informazioni sono richieste quando il lavoratore è un cittadino spagnolo o quando il formulario deve essere inviato a un'istituzione francese, greca, ungherese o polacca, indipendentemente dalla cittadinanza del lavoratore.
- (⁹) Compilare, laddove è possibile, ad uso delle istituzioni tedesche, belghe, francesi, italiane, lussemburghesi, olandesi, austriache, portoghesi, svedesi, finlandesi, del Liechtenstein o norvegesi.
- (¹⁰) Ad uso delle istituzioni belghe, olandesi, polacche, svedesi, britanniche, finlandesi e del Liechtenstein, precisare accanto alla casella corrispondente anche la data.
- (¹¹) Ad uso delle istituzioni belghe, olandesi, finlandesi, islandesi e norvegesi.
- (¹²) Queste informazioni si basano su una dichiarazione rilasciata dall'interessato/a.
 Ai sensi della legge generale olandese in materia di assicurazione di vecchiaia, si considerano «sposate» o «coniugi» anche le seguenti persone: persone non sposate di sesso uguale o diverso che convivono in un nucleo familiare comune in modo permanente, ad eccezione delle persone con legami di parentela di primo o di secondo grado. Per nucleo familiare comune si intendono due persone non sposate che contribuiscono congiuntamente al loro alloggio e alle spese di casa o provvedono in altro modo ciascuno al sostentamento dell'altro.
 In base alla legislazione finlandese, si considerano «sposate» le coppie registrate dello stesso sesso.
- (¹³) Ad uso delle istituzioni norvegesi, compilare il formulario E 204/intercalare 4. Ad uso delle istituzioni svizzere, compilare anche il formulario E 204/intercalare 9. Per le istituzioni lituane, non compilare la parte B del formulario, bensì l'intercalare 6.
- (¹⁴) Da compilare esclusivamente se il formulario è destinato a un'istituzione portoghese o slovena.
- (¹⁵) Ad uso delle istituzioni olandesi indicare, se noto, il codice Sofi. Ad uso delle istituzioni belghe, indicare il numero di sicurezza sociale nazionale (NISS).
- (¹⁶) Se del caso, indicare la data di naturalizzazione.

- (17) Ad uso delle istituzioni spagnole, indicare il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (DNI) o NIE (numero di identificazione dei cittadini stranieri) nel caso di cittadini stranieri, anche se i suddetti documenti sono scaduti. In mancanza, indicare «nulla». Nel caso di cittadini sloveni, indicare il numero di identificazione personale (EMŠO). Per i cittadini maltesi, indicare il numero di carta d'identità, per i cittadini non maltesi, indicare il numero della sicurezza sociale maltese.
- (18) Il giorno e il mese sono espressi ognuno mediante due cifre, l'anno mediante quattro (esempio: 1° agosto 1921 = 01.08.1921).
- (19) Per le città francesi con più circoscrizioni si indichi il numero della circoscrizione (esempio: Parigi 14). Per le località portoghesi, indicare anche la parrocchia e il comune.
- (20) Informazione obbligatoria per i cittadini spagnoli, francesi o italiani. Indicare, a seconda degli Stati, l'appartenenza territoriale del luogo di nascita (esempio: per la Francia, se il comune di nascita è Lille, si indichi il dipartimento di nascita: Nord seguito dal numero di codice, se noto, del dipartimento stesso, nella fattispecie: 59. L'esatta compilazione sarà pertanto: «Nord 59»). Per le persone nate in Spagna indicare soltanto la provincia. Per le città olandesi indicare anche il nome del comune.
- (21) Sigla dello Stato di nascita dell'assicurato/a conformemente al codice ISO 3166-1.
- (22) Se il formulario è destinato ad un'istituzione tedesca, polacca, austriaca, lettone, finlandese, del Liechtenstein o svizzera, indicare qui di seguito — se del caso — l'indirizzo del rappresentante legale (consulente legale, tutore, curatore, ecc.).
Indirizzo (3):
- (23) Se il formulario è destinato ad un'istituzione danese, francese, finlandese, lettone, polacca, islandese o norvegese, indicare qui di seguito l'ultimo indirizzo del richiedente nello Stato interessato.
Indirizzo (3):
- (23 bis) Per la Polonia, il termine «dipendente pubblico» si riferisce a persone soggette a regimi speciali.
- (24) Compilare se il formulario è destinato ad un'istituzione belga, ceca, danese, tedesca, greca, francese, italiana, lussemburghese, olandese, polacca, austriaca, slovacca, svedese, britannica, islandese o norvegese.
- (24 bis) Ad uso delle istituzioni portoghesi, indicare il tipo di attività che l'interessato/a ha esercitato negli ultimi tre anni di attività.
- (25) Compilare se il formulario è destinato ad un'istituzione belga, ceca, danese, tedesca, greca, spagnola, francese, italiana, lussemburghese, olandese, polacca, austriaca, portoghese, islandese o norvegese.
- (26) Compilare se il formulario è destinato ad un'istituzione danese, spagnola, italiana, austriaca, portoghese, islandese o norvegese. Se il formulario è destinato ad un'istituzione italiana, indicare tutti i redditi, tranne: casa di abitazione, prestazioni familiari, prestazioni in denaro per infortunio sul lavoro o malattia professionale e prestazioni puramente assistenziali in favore del richiedente.
- (27) Compilare se il formulario è destinato ad un'istituzione italiana o greca. In Italia non sono considerate «reddito» le seguenti fonti: casa di abitazione, prestazioni familiari, prestazioni in denaro per infortunio sul lavoro o malattia professionale e prestazioni puramente assistenziali in favore del richiedente.
- (28) Compilare se il formulario è destinato ad un'istituzione belga, cipriota, tedesca, greca, ungherese, spagnola, francese, italiana, lussemburghese, austriaca, lettone, polacca, portoghese, slovacca, finlandese o norvegese.
- (28 bis) Ad uso delle istituzioni polacche, in caso di domanda di pensione di invalidità a carico di un regime speciale. Queste informazioni sono richieste quando il formulario è destinato alle istituzioni ungheresi.
- (29) Compilare unicamente se il formulario è destinato ad un'istituzione cipriota, greca, ungherese, slovacca, spagnola o lussemburghese.
- (30) Ad uso delle istituzioni del Liechtenstein, indicare altresì se l'assicurato/a ha chiesto o ha ricevuto una pensione del regime integrativo a titolo di compensazione in denaro. Ad uso delle istituzioni slovacche, le pensioni di reversibilità comprendono le pensioni ai superstiti per infortunio; ad uso delle istituzioni maltesi, indicare se l'assicurato/a ha chiesto o riceve una pensione integrativa da un precedente impiego. L'importo della pensione da indicare è quello inizialmente erogato. Fornire i relativi dettagli al punto 9.16; ad uso delle istituzioni polacche, compilare anche il formulario E 204/intercalare 7.
- (31) Ad uso delle istituzioni portoghesi, se l'assicurato/a ha bisogno dell'assistenza di un terzo, compilare anche l'intercalare 2.
- (32) Compilare per le istituzioni italiane.
- (33) Ad uso delle istituzioni del Liechtenstein.
- (34) Indicare il tipo di reddito preso in considerazione dall'istituzione d'istruttoria per l'applicazione delle norme anticumulo.
- (35) Ad uso delle istituzioni del Liechtenstein, il quadro 11 a pagina 5 deve essere compilato per ciascuna moglie divorziata o separata.
- (36) Compilare se il formulario è destinato ad un'istituzione irlandese, austriaca o britannica.
- (37) Compilare se il formulario è destinato ad un'istituzione belga.
- (38) Compilare se il formulario è destinato ad un'istituzione danese, francese, italiana, lussemburghese, olandese, austriaca, islandese o norvegese.
- (38 bis) In Polonia il termine «pensione a carico di un regime per i dipendenti pubblici» riguarda le prestazioni erogate nell'ambito dei regimi speciali.

- ⁽³⁹⁾ Compilare se il formulario è destinato ad un'istituzione belga, danese, tedesca, francese, irlandese, italiana, olandese, austriaca, britannica, islandese o norvegese.
- ⁽⁴⁰⁾ Compilare se il formulario è destinato ad un'istituzione danese, italiana, spagnola, olandese, islandese o norvegese (importo annuo); ad un'istituzione francese (importo trimestrale) o ad un'istituzione belga, tedesca, greca o austriaca (importo mensile).
- ⁽⁴¹⁾ Indicare mediante i seguenti simboli a quale data ci si riferisce: * nascita, °° matrimonio, † decesso.
- ⁽⁴²⁾ Fornire dettagli circa l'importo della pensione a partire dalla data di concessione, con indicazione di eventuali successive variazioni dell'importo stesso.
- ⁽⁴³⁾ Compilare l'intercalare 1 se il formulario è destinato ad un'istituzione tedesca, italiana o norvegese.
- ⁽⁴⁴⁾ Indicare l'indirizzo comune. Se uno dei figli o degli ascendenti risiede altrove, indicarlo qui di seguito:
Cognome e nome/i:
Indirizzo (³):
.....
- ⁽⁴⁵⁾ Indicare se il figlio è coniugato, invalido, deceduto (data del decesso), apprendista o studente, ovvero se percepisce una prestazione o dispone di una propria fonte di reddito. Ad uso delle istituzioni del Liechtenstein o svizzere, allegare una copia del contratto di apprendistato o un certificato rilasciato dall'istituto di formazione per ogni figlio studente o apprendista tra i 18 e i 25 anni di età. Ad uso delle istituzioni cipriote, allegare la copia di un certificato di istruzione a tempo pieno per ogni figlio studente di età compresa tra i 16 e i 23 anni per le femmine e tra i 16 e i 25 anni per i maschi.
- ⁽⁴⁶⁾ Ad uso delle istituzioni spagnole e norvegesi, precisare se i figli dipendono economicamente dall'assicurato/a e se tra di essi vi sono disabili. In quest'ultimo caso indicare se il figlio percepisce una pensione di invalidità a titolo personale.
- ⁽⁴⁷⁾ Compilare se il formulario è destinato ad un'istituzione belga o britannica.
- ⁽⁴⁸⁾ Compilare per le istituzioni italiane e greche.
- ⁽⁴⁹⁾ Se il formulario E 204 è destinato ad un'istituzione del Liechtenstein o lettone, aggiungere il/i formulario/i E 207 per l'assicurato/a e — se del caso — per il coniuge o i coniugi (attuale e ex) dell'assicurato/a.
- ⁽⁵⁰⁾ Queste informazioni sono richieste quando il formulario è destinato alle istituzioni ungheresi.

**PUNTO 12 «FIGLI»
INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI**

Compilare una pagina a parte per ognuno dei figli.

1.	Il figlio indicato nella riga n. del punto 12.1				
	__ esercita un'attività retribuita	non esercita un'attività retribuita			
1.1	In caso affermativo, si prega di indicare:				
	tipo di attività (subordinata o autonoma):				
	importo del reddito ⁽¹⁾ :	settimana	mese	anno	.....

2.	Il figlio indicato nella riga n. del punto 12.1				
	dispone di altre fonti di reddito	non dispone di altre fonti di reddito			
2.1	In caso affermativo, si prega di specificare:				
	natura del reddito:				
	prestazioni di sicurezza sociale:				
	importo	settimana	mese	anno	.....
	altro reddito ⁽²⁾ :				
	importo	settimana	mese	anno	.....

3.	Per quanto riguarda il figlio indicato nella riga n. del punto 12.1 la persona di cui sotto				
	(cognome, nome):				
	(indirizzo):				
				
	ha diritto alle prestazioni o assegni familiari a titolo dell'esercizio di un'attività professionale [articolo 79, paragrafo 3, del regolamento (CEE) n. 1408/71]				
	Importo:				
	Con inizio il:				
3.1	Le istituzioni seguenti sono responsabili dell'erogazione delle prestazioni/assegni familiari:				
	(denominazione):				
	(indirizzo):				
				
	(denominazione):				
	(indirizzo):				
				

4.	Il figlio indicato nella riga n. del punto 12.1 è inabile al lavoro. In allegato figura il modulo E 404				
-----------	--	--	--	--	--

⁽¹⁾ Occorre dichiarare il reddito complessivo, ad eccezione delle indennità di licenziamento, delle prestazioni familiari, degli arretrati della retribuzione, dei vitalizi per infortuni sul lavoro o malattie professionali, delle pensioni di guerra, delle pensioni per invalidità intervenuta durante il servizio militare, dei sussidi per assistenza, delle indennità di trasporto.

⁽²⁾ Per «altro reddito» si intende il reddito derivante da beni immobili o da capitale (depositi o conti correnti bancari o postali, titoli di Stato, fondi di investimento, azioni, obbligazioni, ecc.).

PUNTO 9 (9.10)
INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI AD USO DELLE ISTITUZIONI PORTOGHESI

Da compilare se il richiedente ha dichiarato di necessitare dell'assistenza di un'altra persona per le sue normali attività quotidiane.

1.	Identità dell'altra persona
1.1	Cognome: Nome/i:
1.2	Indirizzo (via, numero, codice postale, distretto, contea):

2.	Informazioni da fornire da parte dell'istituzione d'istruttoria
2.1	Abbiamo accertato che la persona di cui sopra è l'altra persona che effettivamente assiste il richiedente nelle sue attività quotidiane (igiene personale, alimentazione, spostamenti, ecc.)
2.2	Non è stata accertata l'assistenza prestata dalla persona di cui sopra

3.	La necessità di assistenza è stata causata da terzi? Sì No
----	--

4.	La persona interessata percepisce un'indennità per l'assistenza da parte di terzi o prestazioni analoghe? Sì No
4.1	Denominazione e indirizzo dell'istituzione debitrice:
4.2	Importo mensile:

INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI AD USO DELLE ISTITUZIONI FINLANDESI

1. Il richiedente desidera ricevere la decisione
- in finlandese in svedese

PUNTO 9 «Assicurato»

2. Il richiedente beneficia o chiede di beneficiare di prestazioni periodiche equivalenti a pensione o rendita non indicate al punto 9 del modulo E 204 (ad esempio, prestazioni dovute a titolo dell'assicurazione obbligatoria autoveicoli a seguito di incidente stradale)?

Sì No

In caso affermativo, precisare:

- 2.1 tipo di prestazione:
- 2.2 importo mensile lordo della prestazione:
- 2.3 istituzione che versa la prestazione:

PUNTO 2 «Assicurato»

3. Istruzione e formazione dell'assicurato
- 3.1 Istruzione di base:
- 3.2 Istruzione e formazione superiore (diplomi, formazione professionale, corsi; indicare le date):
.....
.....
4. Occupazione — contratto più recente
- 4.1 Attività principale del richiedente:
- 4.2 Anzianità di servizio nell'attività principale:
- 4.3 Contrassegnare le caselle che descrivono meglio l'attività del richiedente:

leggera	a tempo parziale; precisare il numero di ore al giorno:		
moderatamente faticosa	a tempo pieno	sedentaria	diurna
faticosa	retribuzione oraria	in piedi	notturna
all'interno	retribuzione a cottimo	a turni	
all'esterno			

- 4.4 Descrizione dell'attività (mansioni, postura e ritmo di lavoro):
.....
.....
- 4.5 Descrizione dell'ambiente e delle condizioni di lavoro (rumore, polvere, correnti d'aria, calore, freddo, sostanze potenzialmente nocive, rischi d'infortunio ecc.):
.....
.....
- 4.6 Le mansioni del richiedente sono cambiate?
- No Sì. Indicare la data e le modalità:

4.7 Il richiedente ha ridotto volontariamente il proprio orario di lavoro?

No

Sì

Indicare in quale data e con quali modalità è avvenuta la riduzione dell'attività lavorativa del richiedente, in che misura il richiedente continua ad esercitare un'attività subordinata e la natura della stessa (numero di ore settimanali/mensili, retribuzione e prestazioni integrative):

.....
.....

4.8 Nome e indirizzo dell'ultimo datore di lavoro del richiedente:

4.9 Mansioni del richiedente nell'ultima attività svolta:

4.10 Data d'inizio dell'ultimo contratto del richiedente:

4.11 Data di scadenza (se nota) del suddetto contratto, se è ancora in vigore:

5. Lavoro autonomo

5.1 Il richiedente è stato lavoratore autonomo?

No → passare al punto 6

Sì

5.2 In caso affermativo, indicare a partire da quale data:

5.3 Il richiedente è attualmente lavoratore autonomo?

No

Sì

5.4 Dati sulla proprietà dell'impresa

L'impresa è tuttora posseduta dal richiedente o dal coniuge

L'impresa è stata venduta

L'impresa è stata ceduta in locazione

6. Disoccupazione

6.1 Il richiedente è stato disoccupato negli ultimi tre anni?

No

Sì

6.2 In caso affermativo, il richiedente ha percepito o richiesto prestazioni di disoccupazione negli ultimi tre anni?

No

Il richiedente ha percepito o percepisce prestazioni di disoccupazione

Il richiedente richiede prestazioni di disoccupazione; indicare la prestazione e l'istituzione:

.....

7. Indennità d'assistenza ai titolari di pensione o rendita a norma della legge nazionale sulle pensioni

L'indennità d'assistenza ai titolari di pensione o rendita può essere concessa a persone le cui capacità funzionali sono diminuite in seguito a una malattia o una lesione, al punto da renderle non più in grado di svolgere da sole le normali attività della vita quotidiana, oppure a persone cui la malattia o la lesione impone uno sforzo finanziario prolungato

7.1 Il richiedente chiede di beneficiare di un'indennità d'assistenza per titolari di pensione o rendita?

No

Sì

INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI AD USO DELLE ISTITUZIONI NORVEGESI

1.	Il richiedente
1.1	Il richiedente era un lavoratore subordinato/autonomo Reddito nel periodo immediatamente anteriore all'attuale invalidità: Orario lavorativo settimanale precedente l'invalidità:
1.2	Nel periodo immediatamente anteriore all'attuale invalidità il richiedente prestava in parte lavoro domestico e in parte lavoro subordinato/autonomo
1.3	Il richiedente ha presentato domanda percepisce
1.3.1	Prestazioni di base per le spese supplementari dovute alla malattia permanente
1.3.2	Prestazioni di assistenza

2.	Il coniuge
ha presentato domanda di pensione in qualità di persona non attiva	
percepisce una pensione in qualità di persona non attiva	
non percepisce una pensione in qualità di persona non attiva	

3.	Figli
3.1	I figli sono tutti a carico del richiedente? Sì No In caso negativo, indicare il nome del/dei figlio/figli e il suo/loro reddito annuo:
3.2	Se i genitori sono sposati: I figli vivono tutti con entrambi i genitori? Sì No In caso negativo, indicare quale/quali figlio/figli:
3.3	Se i genitori non sono sposati: I figli vivono tutti con entrambi i genitori? Sì No In caso affermativo, fornire informazioni sull'altro genitore: nome e cognome: data di nascita: reddito annuo (di qualsiasi tipo; specificare): nome del/dei figlio/figli ove non tutti i figli siano interessati:

4.	Convivente
4.1	Il richiedente è stato in precedenza sposato con il/la convivente? Sì No
4.2	Il richiedente ha o ha avuto figli con il/la convivente? Sì No

INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI AD USO DELLE ISTITUZIONI LITUANE

1. Numero di serie e numero del certificato nazionale lituano di assicurazione sociale:

.....

2. Il richiedente ha prestato servizio militare in Lituania o nell'ex URSS:

Sì

No

In caso affermativo, indicare se la persona ha prestato servizio
come militare di leva

o volontario

3. Durata dell'assistenza/delle cure domiciliari in Lituania (compilare se impegnato in cure prima del 1° gennaio 1995):

3.1 per le madri — tempo dedicato a curare/assistere un figlio
disabile di età inferiore ai 16 anni

Sì

No

3.2 per i familiari — tempo impiegato ad assistere un disabile della
categoria 1

Sì

No

4. il richiedente era:

4.1 prigioniero politico

Sì

No

4.2 deportato

Sì

No

4.3 membro della resistenza

Sì

No

4.4 deportato ai lavori forzati oltre la frontiera con l'ex URSS

Sì

No

4.5 internato in un ghetto, campo di concentramento o altro luogo di
prigionia durante la seconda guerra mondiale

Sì

No

INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI AD USO DELLE ISTITUZIONI POLACCHE

Da compilare a cura del richiedente e da allegare al modulo E 204.

1.	Dati personali del richiedente
1.1	Cognome:
1.2	Cognome di nascita:
1.3	Nome/i:
1.4	Data di nascita:
1.5	Numero NIP:

2.	Al fine di determinare l'importo della pensione di invalidità nell'ambito del regime generale di assicurazione sociale, il richiedente chiede che per le prestazioni sia applicata la seguente base di calcolo: Base media di calcolo dei contributi di assicurazione sociale o di assicurazione di vecchiaia e invalidità conformemente alla normativa polacca, nel periodo di 10 anni consecutivi selezionati tra i 20 anni civili precedenti l'anno di presentazione della domanda, ovvero dal al (*) Base media di calcolo dei contributi di assicurazione sociale o di assicurazione di vecchiaia e invalidità conformemente alla normativa polacca, nel periodo di 20 anni civili precedenti l'anno di presentazione della domanda, selezionati tra il periodo assicurativo totale (*) Base media di calcolo dei contributi di assicurazione sociale o di assicurazione di vecchiaia e invalidità conformemente alla normativa polacca, nel periodo di 10 anni consecutivi immediatamente precedenti l'anno di inizio dell'assicurazione all'estero, se non vi era stata un'assicurazione in Polonia nel corso di 20 anni civili immediatamente precedenti l'anno di presentazione della domanda Base di calcolo dei contributi conformemente alla normativa polacca per il periodo effettivamente coperto da assicurazione (*)
----	---

3.	Al fine dell'istruttoria della domanda di pensione di invalidità per funzionari di polizia, il richiedente dovrebbe indicare il nome dell'unità in cui ha prestato servizio prima del congedo, il tipo di incarico e la data di congedo:
----	---

4.	Ai fini dell'istruttoria della domanda di pensione dei funzionari di polizia, il richiedente dichiara: di percepire, per il periodo di non percepire una retribuzione o un'indennità analogha in denaro dopo l'esonero dall'incarico di percepire di non percepire una pensione nell'ambito del regime generale polacco, una pensione di giudice o di procuratore, una pensione di reversibilità di giudice o di procuratore, prestazioni di pre-pensionamento, prestazioni in denaro da parte del fondo «disoccupazione». In caso affermativo, indicare il numero della prestazione, la data di decorso del pagamento e la denominazione dell'istituzione debitrice: è non è membro di un fondo aperto pensioni
----	---

5. Ai fini dell'istruttoria di una domanda di pensione militare di invalidità, il richiedente dovrebbe indicare il nome dell'unità dove l'ex militare professionista prestava servizio fino al giorno del congedo dal servizio militare professionale e indicare la data del congedo:

.....

6. All'atto di presentazione della domanda, il richiedente percepiva prestazioni di malattia o di rieducazione o altre indennità di sicurezza sociale per il periodo di inabilità al lavoro?

Sì

No

In caso affermativo, indicare la data di cessazione delle erogazioni

7. Al fine di determinare l'importo della pensione di invalidità nell'ambito del regime di assicurazione sociale degli agricoltori, indicare se il richiedente (o il suo coniuge) è proprietario (comproprietario) di un'azienda agricola.

Sì

No

In caso affermativo, indicare la superficie dell'azienda agricola (in ettari):

.....

Data

.....

Firma del richiedente

(*) Nel caso di lavoratori subordinati, allegare il certificato recante i dati della base di calcolo dei contributi di assicurazione sociale o della pensione di vecchiaia e di invalidità oppure l'attestato della retribuzione versata dal datore di lavoro o da un successore, nonché il libretto previdenziale con l'importo della retribuzione percepita.

I documenti summenzionati devono essere presentati in originale o in copia autenticata dall'istituto previdenziale straniero, da un notaio o dal console della Repubblica polacca.

Nel caso di lavoratori autonomi, è richiesto il numero di conto bancario di chi versa i contributi ovvero, se l'attività si svolgeva prima che si rendesse obbligatoria la copertura assicurativa, un attestato di un'organizzazione professionale e sociale (esempio, l'associazione di categoria).

INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI AD USO DELLE ISTITUZIONI UNGHERESI

Da compilare a cura del richiedente e da allegare al modulo E 204.

- 1.1 Cognome ⁽⁴⁾:
- 1.2 Cognome di nascita ⁽⁴⁾:
- 1.3 Nome/i:
- 1.4 Cognomi precedenti ⁽⁶⁾:
- 1.5 Cognome e nome/i di nascita della madre ⁽⁸⁾:
- 2. Importo della retribuzione del richiedente prima dell'invalidità:
- 3. Orario lavorativo indicato per l'ultima attività esercitata prima dell'invalidità:

INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI AD USO DELLE ISTITUZIONI LETTONI

1. La persona assicurata rientra in una delle seguenti categorie:
- perseguitato politico
 - studente prima del 1991
 - persona che ha assistito un disabile del gruppo 1 un figlio riconosciuto disabile sin dall'infanzia — fino all'età di 16 anni, oppure una persona di oltre 80 anni prima del 1991

2. In caso di persona assicurata che prestava servizio militare nell'ex URSS prima del 1996 indicare:
- 2.1 il periodo:

2.2 | se ha prestato servizio come militare di leva oppure volontario

3. Informazioni riguardanti i figli della persona assicurata ove quest'ultima abbia allevato 5 o più figli oppure un bambino riconosciuto disabile sin dall'infanzia — fino all'età di 8 anni

Figli:

	Cognome:	Nome:	Data di nascita:	Periodo di assistenza:	Osservazioni (*)
1.
2.
3.
4.
5.

(*) Indicare se il figlio è disabile o deceduto (data del decesso) oppure se è stato affidato ad un'altra persona o ad un istituto.