

**ATTESTATION CONCERNANT LA TOTALISATION DES PÉRIODES D'EMPLOI,  
D'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE NON SALARIÉE OU DE RÉSIDENCE**

**Prestations spéciales à caractère non contributif**

Règlement 1408/71 : article 10 bis (2)  
Règlement 1247/92 : article 2

L'institution compétente remplit la partie A du formulaire et en transmet deux exemplaires à l'institution du dernier État membre à la législation duquel l'intéressé a été soumis. Cette institution remplit la partie B et retourne le formulaire à l'institution qui le lui a adressé. Si le formulaire est établi à la demande de l'intéressé, l'institution qui est tenue à le délivrer remplit la partie B et remet ou fait parvenir le formulaire à l'intéressé lui-même.

**Partie A**

1	Institution destinataire
1.1	Dénomination : .....
1.2	Adresse <sup>(2)</sup> : .....
	.....
	.....

2	<input type="checkbox"/> Travailleur salarié	<input type="checkbox"/> Titulaire de pension ou de rente	<input type="checkbox"/> régime de salarié	
	<input type="checkbox"/> Travailleur non salarié		<input type="checkbox"/> régime de non salarié	
			<input type="checkbox"/> autre	
2.1	Nom <sup>(2 bis)</sup> : .....			
2.2	Prénoms	Nom de jeune fille <sup>(2 bis)</sup>	Lieu de naissance <sup>(2 ter)</sup>	
2.3	Date de naissance	Sexe	Nationalité	D.N.I. <sup>(2 quater)</sup>
2.4	Adresse <sup>(2)</sup> : .....			
2.5	Numéro d'immatriculation : .....			
2.6	Numéro de pension ou de rente : .....			

3	En vue de donner suite à une demande introduite par l'intéressé désigné ci-dessus, nous vous prions de nous faire connaître les périodes d'emploi, d'activité professionnelle non salariée ou de résidence accomplies par lui à partir : du : ..... jusqu'au : ..... à ..... <sup>(5) (6)</sup>
---	---

4	Institution compétente	
4.1	Dénomination : .....	N° de code <sup>(3)</sup> : .....
4.2	Adresse <sup>(2)</sup> : .....	
4.3	Cachet	4.4 Date : .....
		4.5 Signature
		.....

**Partie B**

À remplir par l'institution de l'État membre autre que l'État compétent <sup>(4)</sup>

5	La personne indiquée au cadre 2 a accompli <input type="checkbox"/> depuis le .....
---	--

6	les périodes d'emploi ou d'activité professionnelle non salariée suivantes :
6.1	du ..... au .....
6.2	du ..... au .....
6.3	du ..... au .....
6.4	du ..... au .....
6.5	du ..... au .....
6.6	du ..... au .....
6.7	du ..... au .....
6.8	du ..... au .....
6.9	du ..... au .....
6.10	du ..... au .....

7	les périodes de résidence suivantes :
7.1	du ..... au .....
7.2	du ..... au .....
7.3	du ..... au .....
7.4	du ..... au .....
7.5	du ..... au .....
7.6	du ..... au .....
7.7	du ..... au .....
7.8	du ..... au .....
7.9	du ..... au .....
7.10	du ..... au .....

8	Institution qui remplit la partie B		
8.1	Dénomination : .....		
8.2	Adresse <sup>(2)</sup> : .....		
8.3	Cachet	8.4	Date : .....
		8.5	Signature
			.....

**INSTRUCTIONS**

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de 3 pages, aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile**

**NOTES**

- (\*) Accord EEE sur l'Espace économique européen, Annexe VI, sécurité sociale : aux fins de cet accord, le présent formulaire est valable également pour l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège. Ce formulaire n'est toutefois pas valable pour les relations entre les États membres de la Communauté européenne, d'une part, et l'Islande, la Norvège ou le Liechtenstein, d'autre part, lorsqu'il s'agit d'un ressortissant suisse.
- (\*\*) Accord entre la Communauté européenne et ses États membres, d'une part, et la Confédération suisse, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, Annexe II, Coordination des systèmes de sécurité sociale: aux fins de cet accord, le présent formulaire est valable également pour la Suisse. Ce formulaire n'est toutefois pas valable pour les relations entre la Suisse et les États membres de la Communauté européenne, lorsqu'il s'agit d'un ressortissant de l'Islande, de la Norvège ou du Liechtenstein.
- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire en premier lieu : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = Allemagne ; GR = Grèce ; E = Espagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; P = Portugal ; GB = Royaume-Uni ; CH = Suisse.
- (2) Rue, numéro, code postal, localité, pays, numéro de téléphone.
- (2 bis) Pour les ressortissants espagnols, indiquer les deux noms.  
Pour les ressortissants portugais, indiquer tous les noms (prénoms, nom, nom de jeune fille) dans l'ordre de l'état civil tels qu'ils apparaissent sur la carte d'identité ou le passeport.
- (2 ter) Pour les localités portugaises, indiquer aussi la paroisse et la commune.
- (2 quater) Pour les ressortissants espagnols, indiquer le numéro figurant sur la carte d'identité nationale (D.N.I.), s'il existe, même si celle-ci est périmée. À défaut, indiquer «néant».
- (3) À compléter si elle en dispose.
- (4) À remplir par l'institution visée à l'annexe de la décision n° 151. Si les renseignements – ou certains d'entre eux – ne peuvent être attestés par cette institution, il y a lieu de renvoyer le présent formulaire non rempli ou partiellement rempli en y joignant si possible une déclaration sur l'honneur du ou des intéressé(s) contenant lesdits renseignements.
- (5) Indiquer la ou les adresse(s) de l'intéressé au moment de l'accomplissement des périodes.
- (6) Pour les besoins des institutions suisses, joindre, si l'intéressé ne perçoit pas encore une rente suisse, une copie de tous les certificats d'assurance AVS/AI (AHV/IV), des attestations de séjour ou de domicile en Suisse, des certificats de travail obtenus en Suisse, ainsi que les carnets de timbres AVS/AI (AHV/IV).
-