

E 404

CH

(1)

**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 <sup>(1 bis)</sup> .....				
1.2. Nomi .....		Cognomi precedenti <sup>(1 bis)</sup> .....	Luogo di nascita <sup>(2)</sup> .....	
1.3. Data di nascita .....	Sesso .....	Nazionalità .....	Numero d'identificazione/assicurazione <sup>(3)</sup> .....	
1.4. Indirizzo <sup>(4)</sup> .....				

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

3.	Istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari			
	3.1. Denominazione .....			
	3.2. Indirizzo <sup>(4)</sup> .....			
	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 <sup>(5) (6)</sup> 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 <sup>(4)</sup> .....

.....

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.
-