

A1

**Certificato relativo alla legislazione di sicurezza sociale applicabile all'interessato**

Regolamenti (CE) n.883/2004 e n. 987/2009 (\*)

**AVVERTENZE PER L' INTERESSATO**

Il presente certificato riguarda la legislazione di sicurezza sociale applicabile e certifica che Lei non ha nessun obbligo di pagare i contributi in un altro Stato.

Prima di lasciare il paese presso il quale Lei è assicurato per andare a lavorare in un altro Stato, si accerti di avere i documenti che Le danno il diritto di ricevere le necessarie prestazioni in natura (ad es. cure mediche, trattamento ospedaliero e altro) nello Stato in cui si recherà a lavorare.

- Se soggiurerà solo temporaneamente nello Stato in cui si recherà a lavorare, richiedi all'istituzione di assistenza sanitaria la Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM – EHIC). Dovrà presentare questa Tessera all'Istituzione che le fornirà assistenza sanitaria qualora avesse bisogno delle prestazioni in natura durante il suo soggiorno.
- Se dovesse andare a vivere nello Stato in cui si recherà a lavorare, dovrà chiedere all'Istituzione di assistenza sanitaria il modello S1 e presentarlo quanto prima alla competente Istituzione di assistenza sanitaria del paese in cui si recherà a lavorare (\*\*).

Inoltre, l'Istituzione di sicurezza sociale dello Stato in cui soggiurerà le erogherà provvisoriamente anche le prestazioni speciali in caso di infortunio sul lavoro o di malattia professionale.

**1. DATI PERSONALI DELL'INTERESSATO**

1.1	Numero di identificazione personale	<input type="checkbox"/> Donna	<input type="checkbox"/> Uomo
1.2	Cognome/i		
1.3	Nome/i		
1.4	Cognome alla nascita (***)		
1.5	Data di nascita	1.6	Nazionalità
1.7	Luogo di nascita		
1.8	Indirizzo nel paese di residenza		
1.8.1	Via, n.	1.8.3	Codice postale
1.8.2	Città	1.8.4	Sigla paese
1.9	Indirizzo nel paese di soggiorno		
1.9.1	Via, n.	1.9.3	Codice postale
1.9.2	Città	1.9.4	Sigla paese

**2. STATO MEMBRO DI CUI SI APPLICA LA LEGISLAZIONE**

2.1	Stato membro		
2.2	Data inizio	2.3	Data fine
<input type="checkbox"/>	2.4 Il certificato vale per la durata dell'attività		
<input type="checkbox"/>	2.5 La determinazione è provvisoria		
<input type="checkbox"/>	2.6 Il regolamento n. 1408/71 rimane applicabile sulla base dell'articolo 87, paragrafo 8, del regolamento n. 883/2004		

(\*) Regolamenti (CE) n. 883/2004, articoli da 11 a 16, e n. 987/2009, articolo 19.

(\*\*) Per Spagna, Svezia e Portogallo, il certificato deve essere presentato rispettivamente alla Direzione provinciale dell'Istituto nazionale della sicurezza sociale (INSS), all'Istituto delle assicurazioni sociali e all'Istituto di sicurezza sociale, del luogo di residenza.

(\*\*\*) Informazione fornita all'Istituzione dall'interessato quando non è nota all'Istituzione.

A1



## Certificato relativo alla legislazione di sicurezza sociale applicabile all'interessato

### 3. CERTIFICAZIONE DELLA SUA POSIZIONE

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 3.1 Lavoratore subordinato distaccato  | <input type="checkbox"/> 3.2 Lavoratore subordinato che lavora in due o più Stati          |
| <input type="checkbox"/> 3.3 Lavoratore autonomo distaccato   | <input type="checkbox"/> 3.4 Lavoratore autonomo che lavora in due o più Stati             |
| <input type="checkbox"/> 3.5 Dipendente pubblico  | <input type="checkbox"/> 3.6 Agente contrattuale   |
| <input type="checkbox"/> 3.7 Marittimo  | <input type="checkbox"/> 3.8 Lavoratore subordinato e lavoratore autonomo in paesi diversi |
| <input type="checkbox"/> 3.9 Dipendente pubblico in un paese e lavoratore subordinato o autonomo in uno o più altri paesi | <input type="checkbox"/> 3.10 Eccezione  |

### 4. INFORMAZIONI SUL DATORE DI LAVORO / LAVORATORE AUTONOMO NELLO STATO DI CUI SI APPLICA LA LEGISLAZIONE

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 4.1.1 Lavoratore subordinato | <input type="checkbox"/> 4.1.2 Lavoratore autonomo |
| 4.2 Codice datore di lavoro/lavoratore autonomo       |  |
| 4.3 Nome o ragione sociale                            |  |
| 4.4 Sede legale                                       |  |
| 4.4.1 Via, n.   | 4.4.2 Sigla paese                                  |
| 4.4.3 Città   | 4.4.4 Codice postale                               |

### 5. INFORMAZIONI SUL DATORE DI LAVORO / LAVORATORE AUTONOMO NEGLI ALTRI STATI MEMBRI

5.1 Nome/i o ragione/i sociale/i e codice/i della/e impresa/e o della/e nave/i dove Lei sarà occupato

---



---



---

5.2 Indirizzo/i o nome/i della/e impresa/e o della/e nave/i dove Lei sarà occupato

---



---



---

5.3 Oppure indirizzo temporaneo nello Stato di occupazione/lavoro autonomo

---

A1



**Certificato relativo alla legislazione di sicurezza  
sociale applicabile all'interessato**

**6. ISTITUZIONE CHE COMPILA IL FORMULARIO**

6.1 Denominazione

6.2 Via, n.

6.3 Città

6.4 Codice postale

6.5 Sigla paese

6.6 Numero di identificazione dell'Istituzione

6.7 Fax ufficio n.

6.8 Telefono ufficio n.

6.9 E-mail

6.10 Data

6.11 Firma

**TIMBRO**

Area reserved for the stamp (TIMBRO).