

**CONVENZIONE DI SICUREZZA SOCIALE TRA LA REPUBBLICA ITALIANA E LA
REPUBBLICA DI CAPOVERDE**

111

I

(1)

**ATTESTATO RIGUARDANTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA DURANTE UN
TEMPORANEO SOGGIORNO NELL'ALTRO STATO**

Attenzione: questo documento vi assicura solo le cure urgenti o impreviste e pertanto non è valido se lo scopo del viaggio è ottenere cure.

Convenzione: Art. 8.1, terzo comma e 2; Accordo Amministrativo: Art. 8.1 e 4; 11.1

1	<input type="checkbox"/> Lavoratore <input type="checkbox"/> Titolare di pensione
1.1	Cognome:
	Cognomi precedenti:
1.2	Nomi
1.3	Data di nascita: ___/___/___ Luogo di nascita:
1.4	Nazionalità: 1.5 Stato civile: Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
1.6	Indirizzo nel Paese competente (2):

1.7	Numero di identificazione presso l'Istituzione competente (3):

2	Familiari (4)																				
2.1	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th style="width: 20%;">Cognome:</th><th style="width: 20%;">Nomi</th><th style="width: 20%;">Cognomi precedenti</th><th style="width: 20%;">Data di nascita</th><th style="width: 20%;">N. di identificazione (3)</th></tr></thead><tbody><tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>___/___/___</td><td>.....</td></tr><tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>___/___/___</td><td>.....</td></tr><tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>___/___/___</td><td>.....</td></tr></tbody></table>	Cognome:	Nomi	Cognomi precedenti	Data di nascita	N. di identificazione (3)	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Cognome:	Nomi	Cognomi precedenti	Data di nascita	N. di identificazione (3)																	
.....	___/___/___																	
.....	___/___/___																	
.....	___/___/___																	
2.2	Indirizzo (5):																				
																				

3 (6) Le persone indicate al quadro 1 al quadro 2 hanno diritto alle prestazioni in natura dell'assicurazione malattia e maternità che possono essere corrisposte: dal ___/___/___ al ___/___/___ incluso

4	Istituzione competente
4.1	Denominazione: Numero di codice (7):
4.2	Indirizzo (2):

4.3	Timbro
	4.4 Data ___/___/___
	4.5 Firma

AVVERTENZE

Il presente formulario deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le linee apposite punteggiate.
L'Istituzione competente compila il formulario e lo restituisce all'interessato, oppure lo trasmette all'Istituzione del luogo di dimora, ove sia stato emesso su richiesta di quest'ultima.

Avvertenze per il Lavoratore/Pensionato e per i rispettivi familiari

- a) il presente documento consente:
al lavoratore (e ai familiari elencati al quadro 2) ed al titolare di pensione o rendita ed ai suoi familiari (indicati al quadro 2) che si trovino in temporaneo soggiorno nell'altro Stato, di ottenere, da parte degli organismi assicuratori del predetto Stato di dimora, le prestazioni immediate in natura per malattia e maternità. Nel solo caso dei lavoratori in temporaneo soggiorno per motivi di lavoro nell'altro Stato, il presente attestato consente di ottenere le prestazioni sanitarie, a titolo provvisorio, per infortunio sul lavoro o malattia professionale.

Il presente documento apre il diritto alle prestazioni sanitarie urgenti (o impreviste) in forma diretta. Pertanto non dà diritto ad ottenere prestazioni qualora lo scopo del viaggio sia quello di ricevere prestazioni mediche all'estero.

- b) Quando sono necessarie prestazioni, compreso il ricovero in ospedale, questo documento deve essere presentato all'Istituzione di assicurazione del Paese di dimora e cioè:
in **Italia**, all'Azienda sanitaria locale (ASL) competente per il territorio; per il personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile, al SASN ufficio di sanità marittima o aerea competente per il territorio;
in **Capoverde**, all'Instituto Nacional de Previdência Social - INPS.
- c) Per ottenere le prestazioni in denaro la persona interessata entro 3 giorni dall'inizio dell'incapacità lavorativa, dovrà rivolgersi all'Istituzione del luogo di temporaneo soggiorno ed esibire una notifica di cessazione del lavoro o, qualora la legislazione dell'Istituzione competente o dell'Istituzione del luogo di dimora lo prevedano, un certificato di incapacità lavorativa rilasciato dal medico in cui si specifica il trattamento medico che la persona interessata dovrà seguire.

NOTE

- (1) Indicare la sigla del Paese dell'Istituzione: I = Italia; CV = Capoverde.
- (2) Via, numero, codice postale, località, Paese. Per l'Italia è obbligatorio.
- (3) Per gli assistiti italiani è indispensabile indicare sempre il numero di codice fiscale. Per gli assistiti capoverdiani dovrà essere indicato il numero di sicurezza sociale di Capoverde.
- (4) Indicare soltanto i familiari che si recano temporaneamente nell'altro Stato.
- (5) Da indicare solo qualora l'indirizzo dei familiari differisca da quello del lavoratore o del titolare di pensione o di rendita.
- (6) Per l'Italia la validità è di 3 mesi rinnovabile. Anche per Capoverde la validità è di 3 mesi rinnovabile.
- (7) Indicare se esiste. Per le Istituzioni competenti italiane va sempre indicato. Per l'Istituzione di Capoverde non è obbligatorio