

Nostro riferimento _ _ _ _ _

Vostro riferimento _ _ _ _ _

CE. 1°

CONSIGLIO D'EUROPA

Convenzione europea di Sicurezza sociale
e Accordo complementare(Articoli 15.1.a.i, 15.2.a, 21.1.a.i, 21.3 e 40.1.a.i della
Convenzione; articoli 12.1, 20.1 e 55.1 dell'Accordo
complementare)

CERTIFICATO DI DISTACCO (a)

PARTE A

1. Lavoratore

1.1 Cognome	Nome	Cognome da nubile
_____	_____	_____
1.2 Luogo di nascita	Data di nascita	Sesso
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
1.3 Cittadinanza _____ (b)		<input type="checkbox"/> Rifugiato <input type="checkbox"/> Apolide
1.4 Indirizzo abituale (c) _____		

1.5 Numero d'immatricolazione (d) _____		
1.6 Numero d'identificazione (d) _____		

2. Familiari che accompagnano il lavoratore

	Cognome	Nome	Cognome da nubile (*)	Data di nascita	Rapporto di parentela (**)	Numero d'immatricolazione (d)	Numero d'identificazione (d)
2.1							
2.2							
2.3							
2.4							
2.5							
2.6							
2.7							

* Tutte le note e le spiegazioni sono riportate nell'ultima pagina.

** Indicare il numero e la lettera corrispondente al rapporto di parentela.

3. Datore di lavoro

3.1 Nome o ragione sociale _____
 3.2 Indirizzo (c) _____

4. Il lavoratore nominato al quadro 1 è distaccato per un periodo
 che va presumibilmente dal _____ al _____
 presso lo stabilimento seguente:

4.1 Nome o ragione sociale _____
 4.2 Indirizzo (c) _____

5. Il lavoratore indicato al quadro 1 e, se del caso, i membri della famiglia riportati al quadro 2, resta (no),
 in applicazione dell'articolo 15.1.a.i. o 15.2.a della convenzione, sottoposti, per questo periodo, alla
 legislazione della Parte Contraente dove l'impresa nominata al quadro 3 ha la sua sede.

6. Istituzione competente in materia di malattia e maternità

6.1 Denominazione _____
 6.2 Indirizzo (c) _____

7. Istituzione competente in materia di infortuni sul lavoro e malattie professionali

7.1 Denominazione _____
 7.2 Indirizzo (c) _____

8. Istituzione denominata dal Paese dove l'impresa riportata al quadro 3 ha la sua sede

8.1 Denominazione _____
 8.2 Indirizzo (c) _____

 8.3 Fatto a _____ il _____
 8.4 Timbro _____
 8.5 Firma del rappresentante
 dell'Istituzione

PARTE B (g,h)**9. CERTIFICATO**

9.1 L'Istituzione nominata al quadro 6 certifica che

9.2 il lavoratore nominato al quadro 1 soddisfa

9.3 le persone nominate al quadro 1 e 2 soddisfano

per il periodo di distacco ed, eventualmente, in caso di proroga, le condizioni per beneficiare delle
 prestazioni in natura in caso di malattia o maternità, in virtù delle disposizioni del paragrafo 1 (a) (i)
 dell'articolo 21 della Convenzione.

9.4 Fatto a _____ il _____

9.5 Timbro _____

9.6 Firma del rappresentante
 dell'Istituzione

NOTE

- (a) Questo formulario attesta che i lavoratori distaccati rimangono sottoposti alla legislazione dello Stato sul territorio del quale il datore di lavoro ha la sua sede e permette loro, se sono assicurati contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, di beneficiare delle prestazioni in natura da parte dell'Istituzione competente in materia di infortuni sul lavoro e malattie professionali sul territorio della Parte Contraente dove questi lavoratori sono distaccati. Allorchè lo stato competente e lo stato sul territorio del quale il lavoratore è distaccato sono legati da un accordo bilaterale o multilaterale che dia efficacia alle disposizioni dell'art. 21 della Convenzione questo formulario permette a questo lavoratore, come ai familiari che l'accompagnano, di beneficiare delle prestazioni in natura da parte dell'Istituzione competente in materia di malattia o di maternità sul territorio della Parte Contraente dove questo lavoratore è distaccato.
- Questo formulario deve essere compilato in stampatello in tre esemplari da parte dell'Istituzione designata dalla Parte Contraente dove l'impresa indicata al quadro 3 ha la sua sede; due devono essere consegnate al lavoratore prima della sua partenza e la terza al datore di lavoro.
- Il lavoratore deve conservare i due esemplari che gli sono stati rilasciati e presentarne uno, in caso di rischio avvenuto, all'Istituzione del luogo di soggiorno, il secondo esemplare è destinato ad essere presentato, in caso di proroga della durata del distacco, con il formulario CE. 2
- (b) Qualora si tratti di un rifugiato o di un apolide, mettere una croce nella casella che precede la rispettiva indicazione.
- (c) Codice postale, località, via, n. Stato.
- (d) Per numero di immatricolazione si intende il numero assegnato da alcuni Stati alle persone sottoposte alla legislazione di sicurezza sociale; per numero di identificazione ogni altro numero (amministrativo o tecnico) che permetta di individuare l'interessato.
- (e) da consegnare unicamente quando il formulario è indirizzato ad una Istituzione italiana.
- (f) Se il lavoratore è distaccato a bordo di una nave, indicare il nome della nave e quello della compagnia di navigazione.
- (g) da compilare unicamente se lo Stato competente e lo Stato sul territorio del quale il lavoratore è distaccato sono legati da un accordo bilaterale o multilaterale che dia efficacia alle disposizioni dell'art. 21 della Convenzione.
- (h) da compilare da parte dell'Istituzione designata dallo Stato di residenza dell'Impresa soltanto se questa Istituzione è anche l'Istituzione competente.
- (i) mettere una croce nella casella che precede la rispettiva indicazione.