

Accord Canada / Italie

Demande d'une prestation de retraite, de vieillesse et/ou d'invalidité italienne

Voici des renseignements importants dont vous devez tenir compte au moment de remplir votre demande.

Veillez vous assurer de signer la demande. Si vous apposez une marque en guise de signature, (par exemple : « X »), la signature d'un témoin est exigée.

Votre demande doit être accompagnée de tous les documents justificatifs requis. Veuillez soumettre ces documents.

Lorsqu'il est précisé qu'on exige les documents originaux, il vous faut soumettre les documents originaux avec votre demande. Vous devez conserver, pour vos dossiers, une **copie certifiée conforme de tout document original** que vous nous envoyez. Certains pays exigent des documents originaux qui ne vous seront pas retournés.

Vous pouvez soumettre **l'original ou une photocopie certifiée conforme** de tout document lorsque les originaux ne sont pas exigés. Les documents originaux vous seront retournés dans les meilleurs délais. Si vous soumettez des photocopies de documents, **celles-ci doivent être certifiées conformes par** : un comptable, un chiropraticien, un commissaire à l'assermentation, un dentiste, un médecin, un employé d'un ministère fédéral ou provincial ou de l'un de ses organismes, un directeur de maison funéraire, un juge de paix, un avocat, un magistrat, un directeur d'institution financière, un député fédéral ou provincial ou un membre de son personnel, un prêtre ou un ministre du culte, un greffier municipal, un notaire, un représentant d'un pays avec lequel le Canada a conclu un accord de sécurité sociale, un agent officiel d'une ambassade, d'un consulat ou d'un haut-commissariat, un pharmacien, un agent de police, un maître de poste, un ingénieur, un travailleur social ou un professeur.

La personne qui certifie la photocopie doit indiquer son titre officiel, son numéro de téléphone, la date de certification, et elle doit également indiquer son nom et signer et ajouter la phrase suivante sur le document : « **Cette photocopie est conforme au document original et n'a été modifiée d'aucune façon** ».

Retournez votre demande dûment remplie, les formulaires et les documents à l'appui aux :

Opérations internationales
Ottawa (Ontario) K1A 0L4
CANADA

Le défaut de faire parvenir ces documents risque de retarder le traitement de votre demande.

Avertissement :

Ce formulaire de demande a été élaboré conjointement par des sources externes et Développement social Canada. Le contenu et le langage répondent aux exigences législatives de ces sources externes.

DEMANDE DE PRESTATIONS ITALIENNES EN VERTU DE L'ACCORD INTERNATIONAL ITALIE-CANADA SUR LA SÉCURITÉ SOCIALE
DOMANDA DI PRESTAZIONE ITALIANA IN VIRTU' DELL'ACCORDO INTERNAZIONALE DI SICUREZZA SOCIALE ITALO-CANADESE

<p>Cette demande doit être remplie par le travailleur ou, s'il s'agit d'une demande de prestations de survivant, par le parent du travailleur décédé qui réclame cette prestation.</p> <p><i>Questa domanda deve essere compilata dal lavoratore oppure da un familiare del lavoratore che presenta domanda di prestazione ai superstiti.</i></p>	<p>POUR LE CANADA - PER IL CANADA</p> <p>LE NUMÉRO DU FICHIER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS EST: IL NUMERO INDICE DELLA BANCA FEDERALE DI INFORMAZIONE E':</p>	<p>N'ÉCRIVEZ PAS DANS CET ESPACE</p> <p>SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO COMPETENTE CANADESE</p> <p>Date de réception (sceau officiel et date) Data di ricezione (timbro e data).</p>
<p>Comme il est précisé dans le présent formulaire, je demande de recevoir les prestations italiennes suivantes en vertu de l'Accord Italie-Canada sur la sécurité sociale</p> <p>Con la presente domanda chiedo una delle seguenti prestazioni italiane in virtù dell'Accordo di sicurezza sociale tra il Canada e l'Italia.</p>		
<p>QUEL GENRE DE PRESTATIONS DEMANDÉZ-VOUS (Indiquez la prestation demandée au moyen d'un « X ») TIPO DI PENSIONE RICHIESTA (Contrassegnare con x l'apposita casella)</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • RETRAITE / ANZIANITA' • VIEILLESSE / VECCHIAIA • INVALIDITÉ* / INVALIDITA' * • SURVIVANTS** / SUPERSTITI ** 		
<p>* Remarque/ Nota: Veuillez joindre une preuve médicale (SS3) Allegare certificato medico (SS3)</p> <p>** S'il s'agit d'une demande de prestation de survivant en plus d'une des autres prestations sousmentionnées, il faut remplir un deuxième formulaire. Se una persona chiede anche una pensione ai superstiti oltre ad una delle prestazioni sottoindicate, è necessario compilare un'altra domanda specifica per la pensione ai superstiti.</p>		
<p>SECTION I / SEZIONE I</p>		
<p>1 RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR – DATI RIGUARDANTI IL/LA RICHIEDENTE</p>		
<p>(a) Nom de famille– Cognome di famiglia</p>	<p>Prénom(s) - nome (i)</p> <p>nom à la naissance (y compris e nom de jeune fille des femes mariées) cognome alla nascita (<i>indispensable per le donne coniugate</i>)</p>	<p>(b) • Homme Maschio</p> <p>• femme femmina</p>
<p>(c) NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE DU DEMANDEUR N. DI ASSICURAZIONE SOCIALE DEL/LA RICHIEDENTE <i>Dans le cas d'une demande de prestation de survivants, indiquer le numéro du travailleur décédé</i> <i>Nel caso di pensione ai superstiti, indicare il numero di assicurazione del lavoratore deceduto</i></p>		
<p>Numéro d'assurance sociale canadien N. di assicurazione sociale canadese</p>		<p>Code fiscal italien (si connu) Codice fiscale italiano (se conosciuto)</p>
<p>(d) Date de naissance Data di nascita</p> <p>JOUR GIORNO</p> <p>MOIS MESE</p> <p>ANNÉE ANNO</p>	<p>(e) Lieu de naissance Luogo di nascita</p> <p>(Ville ou Village) (Città o paese)</p> <p>(Province ou Territoire) (Provincia o territorio)</p> <p>(Pays) (Stato)</p>	
<p>(f) État civil Stato civile</p> <p>• Célibataire Celibe/Nubile</p> <p>• Marié(e) Coniugato/a</p> <p>• Veuf/Veuve Vedovo/a</p> <p>• Divorcé(e) Divorziato/a</p> <p>• Séparé(e) Separato/a</p>		
<p>(g) Date du mariage Data del matrimonio</p> <p>JOUR GIORNO</p> <p>MOIS MESE</p> <p>ANNÉE ANNO</p>	<p>(h) Lieu du mariage Luogo del matrimonio</p> <p>(Ville ou Village) (Città o paese)</p> <p>(Province ou Territoire) (Provincia o territorio)</p> <p>(Pays) (Stato)</p>	
<p>(i) Lieu de résidence Luogo di Residenza</p> <p>(Numéro et rue) (Numero e via)</p> <p>(Ville ou Village) (Città o paese)</p> <p>(Province ou Territoire) (Provincia o territorio)</p> <p>(Pays) (Stato)</p> <p>(Code postal) (Codice Postale)</p>		
<p>2 DEMANDE D'AUTORISATION DE CONTINUER À VERSER À L'ASSURANCE SOCIALE ITALIENNE AU MOYEN DES COTISATIONS VOLONTAIRES EN ITALIE RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AI VERSAMENTI VOLONTARI NELL'ASSICURAZIONE ITALIANA</p>		
<p>Au cas où la demande de prestation italienne serait rejetée, je demande l'autorisation de continuer à verser à l'assurance sociale italienne au moyen de cotisations volontaires</p> <p>Il sottoscritto, qualora la domanda di pensione sia respinta, chiede l'autorizzazione italiana ai versamenti volontari.</p>		

SECTION II / SEZIONE II

3 A REMPLIR SI L'ON DEMANDE DES PRESTATIONS FAMILIALES POUR DES MEMBRES DE LA FAMILLE OU SI LE DEMANDEUR D'UNE PRESTATION DE SURVIVANTS N'EST PAS LE CONJOINT. DA COMPILARE NEL CASO CHE ESISTANO PERSONE PER LE QUALI SI RICHIEDONO PRESTAZIONI FAMILIARI OVVERO RICHIEDENTI LA PENSIONE AI SUPERSTITI DIVERSI DAL CONIUGE.

(a)	NOM DE FAMILLE ET PRÉNOM(S) COGNOME E NOME (I)	LIEN DE PARENTÉ AVEC LE TRAVAILLEUR GRADO DI PARENTELA COL LAVORATORE	DATE DE NAISSANCE DATA DI NASCITA			S'AGIT-IL D'UN ÉTUDIANT OU D'UNE PERSONNE INVALIDE ? INDICARE SE "STUDENTE" O "INABILE"*
			JOUR GIORNO	MOIS MESE	ANNÉE ANNO	

(b) INSCRIRE LE NOM ET L'ADRESSE DE CHAQUE PERSONNE À CHARGE INDIQUÉE À 3 (a) QUI N'HABITE PAS ACTUELLEMENT AVEC LE TRAVAILLEUR OU QUI N'HABITAIT PAS AVEC LUI AU MOMENT DE SON DÉCÈS. INDICARE NOME E INDIRIZZI DI CIASCUN FAMILIARE A CARICO INDICATO AL PUNTO 3(a) CHE NON CONVIVA CON IL LAVORATORE O CHE NON CONVIVESSE CON IL LAVORATORE ALLA DATA DEL DECESSO DEL MEDESIMO

NOM DE FAMILLE ET PRÉNOM - COGNOME E NOME	ADRESSE - INDIRIZZO

* **Remarque:** si la personne est inapte, fournir un certificat médical. En Italie, les travailleurs reçoivent des prestations familiales pour des enfants de moins de 18 ans. Dans le cas des travailleurs indépendants la limite d'âge est de 26 ans si l'enfant est aux études; dans ce dernier cas, soumettre une preuve de fréquentation scolaire. Si l'enfant fréquente un collège ou une université, la preuve documentaire doit indiquer la date d'inscription en première année ainsi que la durée des études qui mènent à l'obtention d'un diplôme.

Nota: per gli inabili allegare il certificato medico. Gli assegni familiari per i figli di lavoratori dipendenti sono concessi in Italia fino all'età di 18 anni. Per i figli studenti di lavoratori autonomi gli assegni familiari sono concessi anche oltre i 18 anni e sino all'età di 26 anni; in questi casi è necessario allegare certificato di frequenza scolastica. Se trattasi di frequenza ad un "college" o ad una Università, il certificato deve indicare la data di iscrizione al primo anno, nonché la durata del corso legale di laurea.

SECTION III / SEZIONE III

4 REMPLIR CETTE SECTION SI VOUS DEMANDEZ DES PRESTATIONS DE SURVIVANTS - INFORMATION SUR LE TRAVAILLEUR DÉCÉDÉ DA COMPILARE NEL CASO DI DOMANDA DI PENSIONE AI SUPERSTITI - DATI RELATIVI AL LAVORATORE DECEDUTO

(a) Nom de famille et prénom(s)
Cognome e nome

(b) Lien de parenté du demandeur avec le travailleur décédé
Relazione di parentela del richiedente col lavoratore deceduto

(c) Date de naissance Data di nascita	JOUR GIORNO	MOIS MESE	ANNÉE ANNO	(d) Lieu de naissance Luogo di nascita	(Ville ou Village) (Città o paese)	(Province ou Territoire) (Provincia o territorio)	(Pays) (Stato)

(e) État civil
Stato civile

• Célibataire
Celibate/Nubile

• Marié(e)
Coniugato/a

• Veuf/Veuve
Vedovo/a

• Divorcé(e)
Divorziato/a

• Separé(e)
Separato/a

(f) Date du décès Data del decesso	JOUR GIORNO	MOIS MESE	ANNÉE ANNO	(g) Lieu du décès Luogo del decesso	(Ville ou Village) (Città o paese)	(Province ou Territoire) (Provincia o territorio)	(Pays) (Stato)

(h) LE TRAVAILLEUR DÉCÉDÉ RECEVAIT-IL DES PRESTATIONS DE L'ITALIE, DU CANADA, OU ENCORE, DES DEUX PAYS? IL LAVORATORE DECEDUTO PERCEPIVA PRESTAZIONI A CARICO DELL'ITALIA, DEL CANADA O DI ENTRAMBI I PAESI?

• Oui
• Non

• Si
• No

SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER: - NEL CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA INDICARE:

GENRE DE PRESTATIONS TIPO DI PRESTAZIONI	N° DE COMPTE DU PENSIONNÉ NUMERO/I DELLA/E PENSIONE/I	ORGANISME(S) DÉBITEUR(S) ISTITUTO/I DEBITORE/I

5 RENSEIGNEMENTS SUR LES MEMBRES DE LA FAMILLE - DATI RELATIVI AI FAMILIARI SUPERSTITI

(a) UN JUGEMENT D'ANNULLATION DE MARIAGE, DE DIVORCE OU DE CESSATION DES EFFETS CIVILS DU MARIAGE A-T-IL ÉTÉ RENDU? INDICARE SE SIA STATA PRONUNCIATA SENTENZA DI SCIoglIMENTO O DI CESSAZIONE DEGLI EFFETTI CIVILI DEL MATRIMONIO

• Oui
• Non

• Si
• No

SI OUI, LE JUGEMENT EST-IL DÉFINITIF? NEL CASO AFFERMATIVO INDICARE SE LA SENTENZA E' PASSATA IN GIUDICATO

• Oui
• Non

• Si
• No

(b) LE CONJOINT SURVIVANT S'EST-IL REMARIÉ? / INDICARE SE IL CONIUGE SUPERSTITE SI SIA RISPOSTATO									
• Oui Si		• Non No							
SI OUI, INSCRIRE LA DATE DU MARIAGE NEL CASO AFFERMATIVO PRECISARE LA DATA DEL MATRIMONIO		Jour Giorno	<input type="text"/>	Mois Mese	<input type="text"/>	Année Anno	<input type="text"/>		
(c) SI LA DEMANDE DE PRESTATION EST PRÉSENTÉE PAR LES PARENTS OU UN (DES) FRÈRE(S) OU UNE (DES) SŒUR(S) CÉLIBATAIRE(S) DU TRAVAILLEUR DÉCÉDÉ, INDIQUER SI CE DERNIER LAISSE PARMIS LES SURVIVANTS : NEL CASO IN CUI IL/I RICHIEDENTE/I LA PENSIONE SIA/SIANO UNO O ENTRAMBI I GENITORI O IL/I FRATELLO/I O LA/LE SORELLA/E DEL LAVORATORE DECEDUTO, INDICARE SE IL LAVORATORE STESSO ABBIÀ LASCIATO SUPERSTITI:									
Conjoint Il coniuge		• Oui Si	• Non No	Enfants I figli	• Oui Si	• Non No	Parents I genitori	• Oui Si	• Non No
SECTION IV / SEZIONE IV									
6 LE DEMANDEUR DÉCLARE UNE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE IL/LA RICHIEDENTE DICHIARA DI ESERCITARE LAVORO									
• en tant qu'employé subordonato			• à titre de travailleur indépendant autonomo			genre d'activité tipo di attività			
LE DEMANDEUR DÉCLARE DE NE PLUS EXERCER UNE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE IL/LA RICHIEDENTE DICHIARA DI AVER CESSATO DI ESERCITARE IL LAVORO									
• en tant qu'employé subordonato			• à titre de travailleur indépendant autonomo			le in data			
7 EST-CE QUE VOUS-MÊME OU LES MEMBRES DE LA FAMILLE INSCRITS AU N° 3 TOUCHEZ UN REVENU D'EMPLOI, UN REVENU DE TRAVAIL AUTONOME, UNE PENSION OU UN REVENU DE TOUT AUTRE SOURCE? IL RICHIEDENTE O ALCUNO DEI FAMILIARI ELENCATI AL N. 3 PERCEPISCE REDDITI DERIVANTI DA LAVORO SUBORDINATO, O DA LAVORO AUTONOMO, DI PENSIONE O DA ALTRE FONTI?									
• Oui Si			• Non No						
SI OUI, REMPLIR LA SECTION QUI SUIT POUR CHAQUE PERSONNE AYANT UN REVENU - NEL CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA INDICARE:									
ANNÉE COURANTE* – ANNO IN CORSO *				DEMANDEUR RICHIEDENTE	CONJOINT CONIUGE	PARENTS FAMILIARI			
revenus d'emploi à titre d'employé ou gains considérés comme des revenus d'emploi** redditi di lavoro dipendente ed assimilati**				€uro	€uro	€uro			
revenus de travail autonome, honoraires professionnels ou revenus d'affaires considérés comme des revenus d'emploi** redditi di lavoro autonomo, o professionale o di impresa ed assimilati**				€uro	€uro	€uro			
autres revenus assujettis sur le revenu*** altri redditi assoggettabili all'Irpef***				€uro	€uro	€uro			
ANNÉES PRÉCÉDENTES* – ANNI PRECEDENTI*				DEMANDEUR RICHIEDENTE	CONJOINT CONIUGE	MEMBRES DE LA FAMILLE / FAMILIARI			
revenus d'emploi à titre d'employé ou gains considérés comme des revenus d'emploi** redditi di lavoro dipendente ed assimilati**				€uro	€uro	€uro			
revenus de travail autonome, honoraires professionnels ou revenus d'affaires considérés comme des revenus d'emploi** redditi di lavoro autonomo, o professionale o di impresa ed assimilati**				€uro	€uro	€uro			
autres revenus assujettis sur le revenu*** altri redditi assoggettabili all'Irpef***				€uro	€uro	€uro			
ANNÉES PRÉCÉDENTES * – ANNI PRECEDENTI *				DEMANDEUR RICHIEDENTE	CONJOINT CONIUGE	MEMBRES DE LA FAMILLE / FAMILIARI			
revenus d'emploi à titre d'employé ou gains considérés comme des revenus d'emploi** redditi di lavoro dipendente ed assimilati**				€uro	€uro	€uro			
revenus de travail autonome, honoraires professionnels ou revenus d'affaires considérés comme des revenus d'emploi** redditi di lavoro autonomo, o professionale o di impresa ed assimilati**				€uro	€uro	€uro			
autres revenus assujettis sur le revenu*** altri redditi assoggettabili all'Irpef***				€uro	€uro	€uro			
Remarque/Nota									
* Veuillez préciser l'année Indicare l'anno a cui si riferiscono i redditi									
** S'il s'agit de revenus de pension, veuillez inscrire "P" avant le montant Nel caso di redditi da pensione scrivere "P" prima dell'importo relativo									
*** Exclure les revenus tirés de la maison qu'une personne habite, les indemnités de départ payées à l'avance et les honoraires reportés, qui font l'objet d'un impôt à part. Esclusi il reddito della casa di abitazione, i trattamenti di fine rapporto e relative anticipazioni, e le competenze arretrate assoggettate a tassazione separata									

8 EST-CE QUE VOUS-MÊME OU VOTRE CONJOINT RECEVEZ UNE PRESTATION CANADIENNE POUR ENFANT AUTRE QUE CELLE VERSÉE DANS LE CADRE DU RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA POUR N'IMPORTE LEQUEL DES MEMBRES DE LA FAMILLE INSCRITS AU N° 3 ?
IL RICHIEDENTE O IL CONIUGE PERCEPISCE PRESTAZIONI FAMILIARI PER ALCUNA DELLE PERSONE ELENcate AL N. 3?

- Oui
 Si

 Non
 No

SI OUI, REMPLIR LA SECTION QUI PARAÎT CI-DESSOUS – NEL CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA INDICARE

NOM DE FAMILLE ET PRÉNOM(S) DU MEMBRE DE LA FAMILLE COGNOME E NOME(I) DEL FAMILIARE	NOM DE L'INSTITUTION D'ASSURANCE OU DE L'AGENCE GOUVERNEMENTALE DENOMINAZIONE DELL'ISTITUTO EROGATORE	MONTANT DES PRESTATIONS MENSUELLES IMPORTO MENSILE DELLA PRESTAZIONE

SECTION V / SEZIONE V

9 PÉRIODES D'EMPLOI OU D'EMPLOI AUTONOME PENDANT LESQUELLES LE TRAVAILLEUR A ÉTÉ COUVERT PAR LE RÉGIME D'ASSURANCE DE L'ITALIE*
PERIODI DI LAVORO SUBORDINATO O AUTONOMO COPERTI DAL SISTEMA PREVIDENZIALE ITALIANO*

PÉRIODES D'EMPLOI COUVERTES PAR L'ASSURANCE ITALIENNE PERIODI DI ATTIVITA' LAVORATIVA COPERTI DALL'ASSICURAZIONE ITALIANA	LIEU DE TRAVAIL/LUOGO DI LAVORO (Ville, province et région) (Comune Provincia e Regione)	GENRE D'INDUSTRIE OU D'ENTREPRISE TIPO DI ATTIVITA'	ORGANISME ITALIEN ISTITUTO ASSICURATORE ITALIANO	COMPTE DE SÉCURITÉ SOCIALE N. DI ASSICURAZIONE	
DE / DAL	À / AL				
JOUR GIORNO	MOIS MESE	ANNÉE ANNO	JOUR GIORNO	MOIS MESE	ANNÉE ANNO

Remarque/Nota

- * Si vous réclamez une pension de survivants, veuillez préciser les périodes de travail de la personne décédée
In caso di domanda di pensione ai superstiti indicare i periodi di lavoro del lavoratore deceduto
Veuillez soumettre tout document ayant trait à l'emploi ou l'assurance (livret personnel, carte d'assurance, documents de travail, fiche de paye, etc.)
Allegare eventuale documentazione attestante l'attività lavorativa o documento assicurativo (libretto personale, tessera assicurativa, libretto di lavoro, busta paga, ecc.)
S'il s'agit de périodes assimilables à des périodes d'emploi (p. ex: service militaire, maladie, etc.) fournir la documentation.
Nel caso di periodi assimilabili a periodi di lavoro (p. es.: servizio militare, malattia, ecc.) allegare documentazione.

10 PÉRIODES DE DOUBLE COUVERTURE D'ASSURANCE – PERIODI DI DOPPIA COPERTURA ASSICURATIVA

DES PÉRIODES D'EMPLOI INDIQUÉES AU N° 9, ONTELLES AUSSI ÉTÉ COUVERTES PAR LE SYSTÈME DE SÉCURITÉ SOCIALE DU CANADA (p. ex.: cotisations payées en même temps aux deux Pays pour le même travail)?
INDICARE SE ALCUNI DEI PERIODI DI LAVORO SUBORDINATO O AUTONOMO ELENcATI AL N. 9 RISULTANO COPERTI ANCHE DAL SISTEMA PREVIDENZIALE DEL CANADA (p.es.: una stessa attività lavorativa ha dato luogo contemporaneamente a contribuzione in ambedue gli Stati):

- Oui
 Si

 Non
 No

SI OUI, INSCRIRE – NEL CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA INDICARE:

PÉRIODES DE TRAVAIL COUVERTES PAR LE SYSTÈME DE SÉCURITÉ SOCIALE DES DEUX PAYS* PERIODI DI ATTIVITA' LAVORATIVA COPERTI DAL SISTEMA PREVIDENZIALE DI ENTRAMBI GLI STATI*	NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR (Rue, numéro, ville et province) S'IL S'AGIT D'UN EMPLOI AUTONOME, INSCRIRE "AUTONOME" NOME ED INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO (Via, numero, città, provincia) NEL CASO DI LAVORO AUTONOMO INDICARE "IN PROPRIO"				
DE / DAL	À / AL				
JOUR GIORNO	MOIS MESE	ANNÉE ANNO	JOUR GIORNO	MOIS MESE	ANNÉE ANNO

Remarque/Nota

- * Veuillez fournir une déclaration de l'employeur canadien si vous avez occupé des emplois semblables en Italie et au Canada dans l'une des situations suivantes (dirigeants d'entreprise, employés de compagnie d'électricité, de téléphone, du gaz, des transports publics, journalistes, travailleurs du spectacle, mineurs, etc.). Pour les mineurs, la déclaration de l'employeur doit préciser s'il s'agit de périodes accomplies en surface ou sous terre.
Allegare dichiarazioni del datore di lavoro in caso di svolgimento sia in Italia che in Canada di una delle seguenti attività (dirigente d'azienda, dipendenti di aziende per l'elettricità, il telefono, il gas, i trasporti pubblici, i giornalisti, i lavoratori dello spettacolo, i minatori, ecc.) Per i minatori la dichiarazione del datore di lavoro deve indicare inoltre i periodi svolti in superficie e nel sottosuolo

11 CATÉGORIE D'EMPLOI AU CANADA/ SETTORE DI ATTIVITA' IN CANADA											
DE/DAL			À/AL			CATÉGORIE D'EMPLOI AU CANADA – SETTORE DI ATTIVITA' IN CANADA					
JOUR GIORNO	MOIS MESE	ANNÉE ANNO	JOUR GIORNO	MOIS MESE	ANNÉE ANNO						
12 RÉSIDENCE AU CANADA / RESIDENZA IN CANADA											
DATE ET LIEU D'ENTRÉE AU CANADA DATA E LUOGO DI INGRESSO IN CANADA				ABSENCE DE PLUS DE 6 MOIS ASSENZA DAL CANADA SUPERIORE A 6 MESI					RAISON DE L'ABSENCE MOTIVO DELL'ASSENZA		
JOUR GIORNO	MOIS MESE	ANNÉE ANNO	LIEU LUOGO	JOUR GIORNO	MOIS MESE	ANNÉE ANNO	JOUR GIORNO	MOIS MESE	ANNÉE ANNO		
Remarque: Veuillez fournir une preuve de votre date d'entrée au Canada et de votre départ du Canada (passeport, visa, billet de navire ou d'avion, etc.). Nota: Documentare la data di ingresso in Canada e di partenza dal Canada (passaporto, visti, biglietto di navigazione marittima o aerea, ecc.)											
13 SERVICE MILITAIRE EN ITALIE/SERVIZIO MILITARE IN ITALIA											
Le demandeur a-t-il des périodes de service militaire en Italie? il richiedente ha prestato il servizio militare? <ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non • Si • No Si oui, veuillez joindre la documentation (certificat de service militaire ou de délégation remise à l'INPS avec le formulaire Mod. SM/EST pour les périodes antérieures à 1945 et le formulaire Mod. SM/POST 45 comme déclaration de substitution pour les périodes postérieures à 1945) In caso affermativo allegare documentazione (Foglio matricolare o delega all'INPS su Mod SM/EST per i periodi anteriori al 1945; dichiarazione sostitutiva su Mod. SM/POST 45 per i periodi successivi al 1945)											
14 OBSERVATIONS/OSSERVAZIONI											
SECTION VI - SEZIONE VI											
15 DÉCLARATION POUR LES PERSONNES QUI RÉCLAMENT DES PRESTATIONS DE VIEILLESSE						DICHIARAZIONE PER I RICHIEDENTI LA PENSIONE DI VECCHIAIA					
Une prestation de vieillesse est payable à compter du 1 ^{er} jour du mois suivant le mois où la personne assurée atteint l'âge de la retraite. Cependant, à la demande de la personne assurée, le paiement peut être versé le 1 ^{er} jour du mois suivant le mois pendant lequel la demande a été présentée. Inscrivez un « X » dans la boîte appropriée. Le (la) soussigné (e) demande que la prestation soit versée à compter du/Il sottoscritto chiede che la pensionne di vecchiaia decorra <ul style="list-style-type: none"> • le premier jour du mois suivant le mois où le demandeur atteint l'âge de la retraite dal primo giorno del mese successivo a quello in cui ha compiuto l'età pensionabile • le premier jour du mois suivant le mois pendant lequel la demande a été présentée dal primo giorno del mese successivo a quello di presentazione della relativa domanda 						La pensione di vecchiaia decorre dal 1° giorno del mese successivo a quello nel quale l'assicurato ha compiuto l'età pensionabile. Tuttavia, ove l'interessato lo richianda, la decorrenza della pensione viene fissata al 1° giorno del mese successivo a quello di presentazione della domanda. Pertanto, per effettuare la scelta l'interessato dovrà barrare una delle seguenti caselle.					
SECTION VII / SEZIONE VII											
16 Si vous désirez avoir l'assistance d'un Patronato, remplissez, s'il vous plait, la section suivante.						Se desiderate assistenza da un Patronato completare la presente sezione.					
MANDAT D'ASSISTANCE						MANDATO DI ASSISTENZA					
En ce qui concerne la représentation légale, je déclare par la présente que <ul style="list-style-type: none"> • j'ai • je n'ai pas • je joins une copie du mandat mandater un Patronato						Il sottoscritto, per il patrocinio della presente domanda, <ul style="list-style-type: none"> • ha • non ha • si allega una copia del mandato di patrocinio conferto mandato al Patronato					
17 DÉDUCTION FISCALE						DETRAZIONI FISCALI					
Par la présente, je déclare que <ul style="list-style-type: none"> • j'ai droit à une déduction fiscale pour les revenus d'emploi à titre d'employé, ou pour revenus de pension • j'ai droit à une déduction fiscale additionnelle pour les pensions versées par l'INPS 						Il sottoscritto dichiara <ul style="list-style-type: none"> • di avere diritto alla detrazione per i redditi di lavoro dipendente o di pensione • di avere diritto alla ulteriore detrazione d'imposta prevista per i redditi di pensione a carico dell'INPS 					
AUTORISATION QUANT AU TRAITEMENT DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS						AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI					
Par la présente, je consens à ce qu'on traite mes renseignements personnels, y compris les renseignements de nature « délicate » englobés par la loi 675/96 sur la protection de la vie privée. Les organismes canadiens, québécois et italiens qui se serviront des données en ont besoin pour traiter la demande.						Il/la sottoscritto/a, ai sensi della L. 675/96, acconsente alla utilizzazione dei propri dati personali, ivi compresi quelli "sensibili", per la trattazione della presente domanda tanto da parte dell'INPS che dell'organismo canadese o quebecchese					

18	DÉCLARATION		DICHIARAZIONE	
	<p>Par la présente, je DÉCLARE sous ma responsabilité civile et criminelle, que les renseignements inscrits sur cette demande sont conformes à la vérité. Je m'engage également à informer l'Institution d'assurance compétente, dans un délai de 30 jours suivant le fait nouveau, de tout changement dans la composition de la famille, du paiement d'une nouvelle pension, des modifications aux pensions versées ainsi que de tout autre événement qui peut changer le contenu des déclarations faites dans cette demande.</p>		<p>DICHIARO, sotto la mia responsabilità civile e penale, che tutte le informazioni fornite nella presente domanda sono conformi al vero e mi impegno a comunicare all'Istituto assicuratore competente, entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione della composizione familiare, qualsiasi nuova liquidazione di pensione o variazione di quelle già concesse ed ogni altro evento che modifichi il contenuto di quanto sopra dichiarato.</p>	
SIGNATURE DU DEMANDEUR - FIRMA DEL/DELLA DICHIARANTE			DATE/DATA	
_____			JOUR GIORNO	MOIS MESE
			ANNÉE ANNO	
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE NUMERI DI TELEFONO				
ADRESSE POSTALE DU DEMANDEUR - INDIRIZZO POSTALE DEL/DELLA RICHIEDENTE				
<i>(Rue, numéro, app.) (Via, numero, interno)</i>		<i>(Code postal) (Codice postale)</i>	<i>(Pays) (Stato)</i>	
<i>(Province ou territoire) (Provincia o territorio)</i>		<i>(Case postale ou n° de route rurale) (Casella postale)</i>	<i>(Ville ou village) (Città o paese)</i>	
AVIS		AVVERTENZA		
Si la demande est signée d'une croix (X), il faut qu'elle le soit en présence de deux témoins qui connaissent le demandeur. Chaque témoin doit signer dans un des espaces prévus plus bas et y inscrire son adresse.		La presenza di due testimoni è necessaria se la presente domanda è firmata con un segno (X). In tal caso i testimoni presenti alla firma, che conoscano il/la richiedente, debbono apporre le loro firme negli spazi sotto riservati e fornire il loro indirizzo completo.		
SIGNATURE DU TÉMOIN - FIRMA DEL TESTIMONE		ADRESSE DU TÉMOIN - INDIRIZZO DEL TESTIMONE		
SIGNATURE DU TÉMOIN - FIRMA DEL TESTIMONE		ADRESSE DU TÉMOIN - INDIRIZZO DEL TESTIMONE		
SECTION VIII / SEZIONE VIII				
19 POUR L'USAGE DU BUREAU DES OPÉRATIONS INTERNATIONALES SEULEMENT - RISERVATO ALL'UFFICIO CANADESE				
À être rempli par DRHC Da compilare da parte del		DATE DE RÉCEPTION DE LA DEMANDE LA DOMANDA È Pervenuta il		
Je certifie que DRHC a vérifié les données sur l'état civil qui figurent dans ce formulaire Si attesta che i dati personali riportati nel presente formulario sono stati verificati dal				
LIEU ET DATE / LUOGO E DATA				

Sceau officiel et signature du représentant des Opérations Internationales Timbro e firma Operazioni Internazionali				

Accord Canada / Italie

Documents et/ou renseignements nécessaires à l'appui de votre demande [CAN/IT 1] d'une prestation de retraite, de vieillesse et/ou d'invalidité italienne

Veillez remplir les formulaires ci-joints :

- **Résidence au Canada [ISP 5013]**
- **Déclaration de fréquentation scolaire ou universitaire [ISP 1401]** (*seulement si vous réclamez des prestations familiales pour des enfants de plus de 18 ans*)
- **Demande d'exemption de l'imposition italienne sur les pensions et/ou sur les autres rémunérations similaires [CI531]** pour vous
- **Rapport médical [CAN/IT/SS3]** (*seulement si vous présentez une demande d'une prestation d'invalidité italienne*)

Documents originaux ou copies certifiées à produire :

- Certificat de naissance pour vous et vos dépendants [à moins que vous êtes un citoyen italien ou de l'Union européenne, dans ce cas, une « Déclaration faute de certification » (**Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione**) doit être fournie].
- Preuves des dates de votre/vos entrée(s) au Canada et départ(s) du Canada (p. ex., formulaire « Immigration 1000 », passeport, visa, billet de bateau ou d'avion, etc.)
- Preuve de votre citoyenneté canadienne (pour obtenir de l'aide, veuillez communiquer avec le registraire de la citoyenneté canadienne de votre localité)
- Documents militaires pour vous
 - Foglio Matricolare (s'il est illisible, envoyer l'original)
 - Stato di Servizio
 - Foglio di Congedo Assoluto/Congedo Illimitato

Remarque : Si les documents militaires ne sont pas disponibles, vous **devez** remplir une « Autorisation de diffusion des documents militaires ».

- Carnets de travail pour vous
 - Libretto Personale
 - Libretto di Lavoro

Accord Canada / Italie

Documents et/ou renseignements nécessaires à l'appui de votre demande [CAN/IT 1] de prestation de retraite, de vieillesse et/ou d'invalidité italienne

Documents originaux à produire :

- Déclaration faute de certification (**Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione**) *si vous êtes un citoyen italien ou de l'Union européenne* et une photocopie du passeport valide.
- Déclaration de votre employeur (voir la **question 10** du formulaire **Demande de prestations italiennes [CAN/IT 1]**)
- Mandato di Assistenza (*seulement si vous présentez une demande par l'entremise du Patronato*)
- Tessera di Marche pour vous (livret cacheté)
- Certificats médicaux pour enfants invalides (*seulement si vous réclamez des prestations familiales*)

IMPORTANT : Si vous avez déjà soumis n'importe lequel des documents nécessaires, lorsque vous avez présenté une demande de prestation du Régime de pensions du Canada ou de la Sécurité de la vieillesse, vous n'avez pas à les soumettre de nouveau.



RÉSIDENCE AU CANADA

Numéro d'assurance sociale canadien _____

M. Mme

Mlle

▶ _____
Prénom et initial Nom

Les renseignements suivants sont requis pour appuyer la demande de prestations que vous avez présentée en vertu d'un accord de sécurité sociale. Si vous n'avez pas assez d'espace, veuillez attacher une feuille séparée avec l'information supplémentaire.

1. Si vous êtes né(e) à l'extérieur du Canada, veuillez nous fournir les renseignements suivants :

- Date d'arrivée au Canada : _____
- Lieu d'arrivée au Canada : _____

2. Énumérez tous les lieux où vous avez vécu au Canada après l'âge de 18 ans et fournissez des preuves de tous vos entrées et départs (formulaire « Immigration 1000 », passeport intégral, billets d'avion, etc.) :

Du (année/mois/jour)	Au (année/mois/jour)	Ville	Province/Territoire

3. Énumérez toutes vos absences du Canada, de plus de six mois, au cours des périodes de résidence au Canada que vous avez indiquées au n° 2, ci-dessus :

Départ (année/mois/jour)	Retour (année/mois/jour)	Destination	Motif

Numéro d'assurance sociale canadien _____

4. Veuillez nous fournir le nom, l'adresse et le numéro de téléphone d'au moins deux personnes, qui ne vous sont apparentées ni par le sang ni par le mariage, susceptibles de confirmer votre résidence au Canada :

Nom	Adresse	Ville	Numéro de téléphone
			() -
			() -

DÉCLARATION DU DEMANDEUR

Je déclare que ces renseignements sont vrais et complets.
(Faire une fausse déclaration constitue une infraction)

Signature : **X** _____

Date : _____

Année Mois Jour

Numéro de téléphone : () - _____



DÉCLARATION DE FRÉQUENTATION SCOLAIRE OU UNIVERSITAIRE

SECTION A - À REMPLIR PAR L'ÉTUDIANT

1. N° D'ASSURANCE SOCIALE DU COTISANT	M. PRÉNOM DU COTISANT ET INITIALE (en lettres moulées) Mme Mlle Md	NOM DE FAMILLE
2. VOTRE N° D'ASSURANCE SOCIALE	M. VOTRE PRÉNOM ET INITIALE (en lettres moulées) Mme Mlle Md	NOM DE FAMILLE
3. ADRESSE POSTALE	Numéro et rue C.P. ou n° R.R. Ville ou Village	
	Province / territoire	Pays Code postal
4. ADRESSE DU DOMICILE (Si elle diffère de l'adresse postale)	Numéro et rue C.P. ou n° R.R. Ville ou Village	
	Province / territoire	Pays Code postal
5A. N° d'identité de l'étudiant	5B. Nom de l'école, de l'université, du collège, du centre de formation, etc.	
6A. TYPE D'INSCRIPTION (Si le «SOIR» ou «AUTRE», veuillez fournir une explication au numéro 8) <input type="checkbox"/> PLEIN TEMPS <input type="checkbox"/> LE SOIR <input type="checkbox"/> AUTRE		6B. NOMBRE DE COURS
		6C. INSCRIT(E) (Précisez cours, grade ou programme)
7A. NOMBRE D'HEURES DE PRÉSENCE REQUISES PAR SEMAINE, SELON LE COURS, LE GRADE OU LE PROGRAMME. Heures par semaine ▶	7B. QUAND VOTRE PRÉSENTE PÉRIODE DE COURS A-T-ELLE OU DOIT-ELLE COMMENCER? Année Mois ▶	7C. QUAND VOTRE PRÉSENTE PÉRIODE DE COURS DOIT-ELLE SE TERMINER? Année Mois ▶
8. Donner la durée et raison(s) pour toutes absences pendant votre année scolaire courante et précédente et ajouter tout détail additionnel par suite de la question 6A ci-dessus.		
9. AVEZ-VOUS PRÉSENTÉ UNE DEMANDE OU RECEVEZ-VOUS UNE PRESTATION DU RPC SUITE À L'INVALIDITÉ OU LE DÉCÈS D'UN COTISANT NON IDENTIFIÉ AU N° 1 CI-DESSUS?		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON ▶

N° D'ASSURANCE SOCIAL DE CE COTISANT

C'EST UNE INFRACTION QUE DE FAIRE, DANS LA PRÉSENTE, UNE DÉCLARATION FAUSSE OU TROMPEUSE

Par les présentes, je déclare que, à ma connaissance, les renseignements contenus dans la présente déclaration sont vrais et complets. Si j'**interromps** mes cours ou **cesse** de fréquenter l'école ou l'université, je m'engage à en avvertir Développement des ressources humaines Canada. En outre, j'autorise l'école ou l'université susmentionnée à donner à la Direction du Régime de Pensions du Canada les renseignements relatifs à mon inscription et à ma fréquentation.

DATE	SIGNATURE DE L'ÉLÈVE	N° DE TÉLÉPHONE ()
------	----------------------	------------------------

SECTION B - À REMPLIR PAR L'ÉCOLE OU L'UNIVERSITÉ

À notre connaissance, les réponses aux questions de la section A ci-dessus sont exactes sous réserve de l'observation suivante :
Commentaires additionnels : _____

La charge de cours susmentionnée répond-elle à l'exigence minimale pour être considéré(e) comme étudiant(e) à plein temps à votre école ou université ou la dépasse-t-elle? OUI NON

NOM ET ADRESSE DE L'ÉCOLE OU DE L'UNIVERSITÉ	NOM D'UNE PERSONNE AUTORISÉE
	SIGNATURE
	TITRE
	DATE N° TÉLÉPHONE ()

VEUILLEZ IMPRIMER ET INCLURE LA PAGE SUIVANTE LORSQUE VOUS FAITES UNE DEMANDE POUR CETTE PRESTATION

Date

--	--

À L'USAGE DU BUREAU SEULEMENT FOR OFFICE USE ONLY	A.L. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	OCON <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>
--	--	--

S'il s'agit de votre première demande, ne tenez pas compte de ce qui suit et remplissez la déclaration qui se trouve à la page 1 du présent formulaire.

If you are applying for the first time disregard the following and complete the declaration on page 1 of this form.

Vous vous souviendrez peut-être que nous devons suspendre le paiement de vos prestations à compter du mois suivant la fin de votre année académique. Cette dernière inclut la période des vacances, s'il y a lieu. Cependant, le paiement pourra être rétabli lorsque vous retournerez à l'école ou à l'université, et après avoir rempli et soumis cette déclaration au Centre de traitement régional susmentionné. Vous auriez tout intérêt à retourner cette formule dûment remplie le plus tôt possible après votre retour aux études.

As you may recall, it is necessary to suspend payment of your benefit effective with the month following the month in which your current academic year ends which includes your vacation period, if applicable. Payments may be reinstated, however, after you have completed and submitted this declaration to the Regional Processing Centre indicated above when you return to school or university. It will be to your advantage to return this completed form as soon as possible after you return to school or university.

En vertu de la *Loi sur le Régime de pensions du Canada*, la prestation aux enfants âgés de 18 à 25 ans est versée directement à l'enfant s'il remplit les conditions d'admissibilité établies. Comme l'enfant susmentionné aura bientôt 18 ans, vous ne recevrez plus la prestation en son nom à compter du mois suivant son 18^e anniversaire. Pour que cette prestation lui soit versée directement, l'enfant doit remplir la déclaration qui se trouve au verso de la présente. Cette formule dûment remplie devra être envoyée au Centre de traitement régional indiqué ci-dessus.

The Canada Pension Plan provides that benefits for children between the ages of 18 and 25 are to be paid directly to such children if they meet the prescribed conditions of eligibility. As the above noted child will soon reach age 18, the last month for which you will receive payment of the benefit on behalf of this child will be the month of the child's 18th birthday. In order to receive the benefit directly, the child must complete the declaration on the reverse of this form. Once completed, this form should be returned to the Regional Processing Centre indicated above.

Si vous avez besoin de renseignements supplémentaires à ce sujet, veuillez communiquer avec le Centre des ressources humaines du Canada le plus près de chez vous. Prière de mentionner le numéro d'assurance sociale du cotisant dans toute lettre ou autre document.

If you have any questions about this matter, please contact your nearest Human Resources Centre of Canada. Please quote the Social Insurance Number of the contributor on all correspondence.

SECTION C - FOR OFFICE USE ONLY — À L'USAGE DU BUREAU SEULEMENT										CHILD SQNC N° SER. ENF		MISCELLANEOUS 1 DIVERS 1 (OLD) (ANCIEN)		NUMBER OF LINES NOMBRE DE LIGNES							
SOCIAL INSURANCE NUMBER NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE				ACCESS CODE CODE D'ACCÈS		ACTION MESURE		BNFT. PREST.		DT. EFF. DE M Y-A				AD C		S D		E F/N			
01 09				10 16 17 20 21 23						27 30 31 32 36				60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71				AC			
Approved pursuant to Subsection 59 of the Canada Pension Plan for continuing payment until advised otherwise. Demande de paiement continu jusqu'à avis contraire aux termes du paragraphe 59 du Régime de pensions du Canada.														BIRTH NAISSANCE M Y-A				CA			
AUTHORIZED SIGNATURE - SIGNATURE AUTORISÉE										DATE											
NAME - ADDRESS NOM-ADRESSE										TYPE NM ADDR		POSTAL CODE		FOREIGN CODE		CONS CODE		NO LNS			
TITLE GIVEN NAME				SURNAME						GENRE NM ADR		POSTAL		ÉTRANGER		REGR		LANG L LA			
																		FA			
																		FB			
																		FC			
DATE		TYPE OF REJECT GEN. DE REJET		BATCH NO N° DE MISE EN LOT.		CYCLE		DATE		SIGNATURE											
1																					
2																					

**DOMANDA DI ESENZIONE DALL'IMPOSIZIONE ITALIANA SULLE
PENSIONI E/O SULLE ALTRE REMUNERAZIONI ANALOGHE**
**DEMANDE D'EXEMPTION DE L'IMPOSITION ITALIENNE SUR LES
PENSIONS ET/OU SUR LES AUTRES RÉMUNÉRATIONS SIMILAIRES**

MODULO DA COMPILARE SECONDO LE NOTE ILLUSTRATIVE PER:

FORMULAIRE À REMPLIR SELON LES NOTES EXPLICATIVES POUR:

- L'ENTE O L'ISTITUTO EROGANTE ITALIANO
- L'INSTITUTION OU L'ORGANISME ITALIEN QUI PAIE LES PRESTATIONS
- L'AMMINISTRAZIONE FISCALE DELLO STATO DI RESIDENZA
- L'ADMINISTRATION FISCALE DU PAYS DE RÉSIDENCE
- IL CONTRIBUENTE
- LE COTISANT

Art. della Convenzione tra l'Italia e
Art. de la Convention entre l'Italie etper evitare le doppie imposizioni
en vue d'éviter les doubles impo-in materia di imposte dirette firmata a
sitions en matière d'impôts directs signée àil
le

BENEFICIARIO - BÉNÉFICIAIRE

Cognome Nome Sesso (M o F)
Nom Prénom Sexe (M ou F)Codice Fiscale in Italia (1)
Code fiscal en ItalieData e luogo di nascita /
Date et lieu de naissanceDomicilio (indirizzo completo - adresse complète)
DomicileRappresentante legale (2)
Représentant légal

ENTE OD ISTITUTO CHE EROGA LA PENSIONE E/O L'ANALOGA REMUNERAZIONE - ORGANISME OU INSTITUT QUI PAIE LA PENSION ET/OU UNE RÉMUNÉRATION SIMILAIRE

Denominazione **ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE**
DénominationCodice fiscale (3) **80078750587**
Code fiscalSede INPS (indirizzo completo - adresse complète)
Siège INPS

ESTREMI DI IDENTIFICAZIONE DELLA PENSIONE - DONNÉES POUR L'IDENTIFICATION DE LA PENSION (4)

ESTREMI DI IDENTIFICAZIONE E NATURA DELL'ANALOGA REMUNERAZIONE - DONNÉES POUR L'IDENTIFICATION ET TYPE DE LA RÉMUNÉRATION SIMILAIRE (4)

- (1) Indicare se attribuito. Se non ancora attribuito vedere punto n. 2 delle NOTE ILLUSTRATIVE e compilare la delega in calce al presente foglio.
Indiquez le code fiscal, s'il est attribué. S'il n'est pas encore attribué, lisez les NOTES EXPLICATIVES au point n. 2 et remplissez la procuration au bas de la page.
- (2) Indicare, qualora esistente, le generalità e l'indirizzo completo del rappresentante legale.
Indiquez, s'il y a le représentant légal, son nom et prénom ainsi que son adresse complète.
- (3) Indicare se conosciuto.
Indiquez-le, si vous le connaissez.
- (4) Se il beneficiario è titolare di più pensioni e/o remunerazioni analoghe erogate dal medesimo Ente o Istituto previdenziale, indicare gli estremi di ciascuna di esse.
Si le bénéficiaire est titulaire de plusieurs pensions et/ou de rémunérations similaires servies par le même Organisme ou Institut de prévoyance, indiquez les données identificatives de chacune d'entre-elles.

Il sottoscritto (cognome) / (nome)

nato a il

DELEGA

Il summenzionato ISTITUTO od ENTE che eroga la pensione e/o l'analogo remunerazione a **chiedere**, a suo nome e per suo conto, all'ufficio competente dell'Amministrazione delle Finanze, **l'attribuzione del proprio codice fiscale.**

li firma _____

DICHIARAZIONE DEL BENEFICIARIO (O DEL SUO RAPPRESENTANTE)
DÉCLARATION DU BÉNÉFICIAIRE (OU DE SON REPRÉSENTANT)

Il sottoscritto
Le soussigné

(cognome - nom)

/

(nome - prénom)

in qualità di Beneficiario
en qualité de Bénéficiaire

Rappresentante legale
Représentant légal

del Sig.
de M.

D I C H I A R A - D É C L A R E

di essere - être residente in _____ ai sensi dell'Art. _____ della Convenzione citata nella
che questi è - que celui-ci est *résident à/en* *conformément à l'Art.* *de la Convention citée dans la demande*
domanda di esenzione di cui la presente dichiarazione costituisce parte integrante;
d'exemption dont cette déclaration est partie intégrante;

di avere acquisito - avoir acquis la residenza in tale Stato dal _____ / _____ / _____
che questi ha acquisito - que celui-ci a acquis *la résidence dans ce Pays depuis le* (giorno - jour) (mese - mois) (anno - année)

di essere - être assoggettabile secondo la legislazione fiscale vigente in _____
che questi è - que celui-ci est *sujet, d'après la législation fiscale en vigueur à/en* (indicare lo Stato di residenza - indiquer le Pays de résidence)

alle imposte ivi generalmente applicabili a causa della sua residenza in detto Stato;
aux impôts qui y sont généralement applicables du fait de sa résidence dans ce Pays;

che i dati contenuti nella presente domanda sono esatti;
que les données contenues dans cette demande sont exactes;

di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Ente o Istituto che eroga la pensione e/o le altre remunerazioni analoghe il trasferimento in altro
s'engager, en temps utile, à communiquer à l'Organisme ou à l'Institut, qui verse la pension et/ou les autres prestations similaires, le transfert de résidence
Stato della residenza come sopra indicata.
(comme indiquée ci-dessus) dans un autre Pays.

Barrare l'ipotesi che non ricorre - *Barrer l'hypothèse qui ne vous intéresse pas*

Firma del Beneficiario o del Rappresentante legale
Signature du Bénéficiaire ou de son Représentant légal

ATTESTAZIONE DELL'AUTORITA' FISCALE

Si attesta che il suindicato beneficiario è residente in _____

ai sensi dell'art. _____ della vigente Convenzione tra l'Italia e _____

e che le _____

dichiarazioni rilasciate dal Beneficiario sono esatte per quanto risulta
suo Rappresentante

all'Amministrazione fiscale

la quale terrà conto degli elementi indicati nella presente domanda ai fini dell'imposi-
zione.

Luogo e data

Timbro dell'Ufficio e firma

ATTESTATION DE L'AUTORITÉ FISCALE

On atteste que le susdit bénéficiaire est résident à/en _____

conformément à l'Art. _____ de la Convention en vigueur entre l'Italie et _____

que les _____

déclarations faites par le Bénéficiaire sont exactes en ce qui concerne
son Représentant

l'Administration fiscale

laquelle tiendra compte des éléments indiqués dans cette demande aux fins
de l'imposition.

Lieu et date

Timbre et signature

NOTE ILLUSTRATIVE

- 1 - Il presente modulo costituisce istanza per chiedere la non effettuazione della ritenuta alla fonte dell'imposta italiana da operare sulle pensioni e/od altre remunerazioni analoghe percepite da residenti in Stati con i quali l'Italia ha stipulato Convenzioni per evitare le doppie imposizioni in materia di imposte dirette le quali prevedono la tassazione esclusiva nel Paese di residenza del beneficiario.

Il modulo deve essere compilato in 2 copie (oltre 1 ad uso del beneficiario dei redditi), secondo le indicazioni in esso contenute, e ciascuna copia deve essere debitamente datata e sottoscritta.

Il modulo deve essere compilato in relazione a redditi erogati da ogni singolo Ente che abbia sede in Italia; nel caso di più redditi, corrisposti da Enti italiani diversi, dovranno essere compilati separati moduli, ciascuno con riguardo ad ogni Ente.

Il modulo deve essere presentato alla competente Autorità fiscale dello Stato di residenza, la quale, dopo aver effettuato gli opportuni controlli, provvede ad apporre la richiesta **attestazione**, restituendo all'interessato una copia e trattenendo agli atti l'altra copia.

Il beneficiario (od il suo rappresentante legale) provvede a far pervenire **il modulo restituito** (contenente l'attestazione di residenza fiscale) alla **Sede INPS od Ente italiano che eroga la pensione** e/o la remunerazione.

Per motivi operativi il modulo deve pervenire alla **Sede INPS o Ente erogante non oltre il 30 settembre** dell'anno relativamente al quale si richiede la non effettuazione della ritenuta. Le istanze pervenute oltre tale data produrranno il loro effetto a decorrere dall'anno successivo.

- 2 - Il beneficiario, cui non è stato ancora attribuito il codice fiscale in Italia può delegare l'Ente erogante a richiederlo, in suo nome e per suo conto, all'Amministrazione finanziaria compilando l'apposito riquadro in calce al modulo.
- 3 - **Si richiama l'attenzione sulla necessita' che qualsiasi variazione riguardante i dati riportati nel presente modulo, in particolare per quanto attiene lo Stato di residenza del beneficiario, deve essere tempestivamente comunicata alla Sede INPS o all'Ente erogante.**
- 4 - Si ricorda che per il rimborso dell'imposta italiana riferita ad anni precedenti (entro il termine di decadenza di 48 mesi dalla data di prelievo dell'imposta) deve essere redatta apposita domanda (contenente l'attestazione di residenza fiscale) da indirizzare a:

Centro Operativo dell'Agenzia delle Entrate di Pescara
Via Rio Sparto 21
65100 Pescara

NOTES EXPLICATIVES

1. Parmi ce formulaire, les résidents dans les Etats avec lesquels l'Italie a signé des Conventions, peuvent demander de ne pas effectuer la retenue à la source de l'impôt italien sur les pensions et/ou d'autres rémunérations similaires dont ils sont bénéficiaires. Ceci pour éviter les doubles impositions en matière d'impôts directs qui prévoient la taxation exclusive dans le Pays de résidence du bénéficiaire

Le formulaire doit être rempli en 2 copies (plus 1 copie à l'usage du bénéficiaire des revenus), selon les indications contenues, et chaque copie doit être dûment signée et datée.

Le formulaire doit être rempli par rapport aux revenus payés par chaque Organisme ayant son siège en Italie ; en cas de plusieurs revenus, servis par des différents Organismes italiens, des formulaires séparés devront être remplis, chacun par rapport à l'Organisme de référence .

Le formulaire doit être présenté à l'Autorité Fiscale compétente de l'État de résidence, qui , appose **l'attestation** demandée après avoir effectué les contrôles nécessaires, en retournant une copie à l'intéressé et en retenant l'autre copie aux actes.

Le bénéficiaire (ou son représentant légal) se charge de faire parvenir **le formulaire retourné** (contenant l'attestation de résidence fiscale) au **Siège de l' Inps ou à l'Organisme Italien qui octroie la pension** et/ou la rémunération.

Pour des raisons opérationnelles le formulaire doit parvenir **au Siège de l' Inps ou à un autre Organisme octroyant, au plus tard le 30 septembre** de l'année pour laquelle on demande la non exécution de la retenue. Les demandes reçues après cette date, seront valables à partir de l'année successive.

2. Le bénéficiaire, auquel en Italie on n'a pas encore attribué le code fiscale, peut déléguer l'Organisme octroyant à le demander, à son nom et pour son compte, à l'Administration financière en remplissant la case correspondante au bas du formulaire.
3. **Nous soulignons la nécessité que toute variation concernant les données figurant sur ce formulaire, particulièrement en ce qui concerne l'État de résidence du bénéficiaire, doit être communiquée, aussitôt que possible, au siège de l' INPS ou à l'Organisme octroyant.**
4. Nous vous rappelons que pour le remboursement de l'impôt italien, se référant à des années précédentes (dans le terme de déchéance de 48 mois de la date de prélèvement de l'impôt), il est nécessaire de rédiger une demande spécifique (contenant l'attestation de résidence fiscale) adressée à

Centro Operativo dell'Agenzia delle Entrate di Pescara
Via Rio Sparto 21
65100 Pescara

MEDICAL REPORT - CERTIFICAT MÉDICAL - CERTIFICATO MEDICO

- Please print or type
- Each item of this form must be completed by the physician making the certification when the applicant files for Italian disability benefits under the Italy-Canada Agreement on Social Security.
Chaque section de la présente formule doit être remplie en majuscules ou à la machine à écrire par le médecin qui émet le certificat lorsqu'une personne demande des prestations d'invalidité en vertu de l'Accord Italie-Canada sur la sécurité sociale.
- In stampatello o dattiloscritto
- Il presente modulo deve essere compilato in ogni singola parte dal medico certificante in caso di domanda di Pensione di invalidità a carico dell' assicurazione Italiana ai sensi dell' Accordo Italo-Canadese.

SURNAME AND GIVEN NAMES - NOM ET PRENOMS - COGNOME E NOME				CANADIAN SOCIAL INSURANCE NUMBER NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE AU CANADA NUMERO DI ASSICURAZIONE SOCIALE CANADESE			
NAME AT BIRTH - NOM A LA NAISSANCE - NOME DI NASCITA				DATE OF BIRTH DATE DE NAISSANCE DATA DI NASCITA	day jour giorno	month mois mese	year année anno
MARITAL STATUS Check (✓) - ETAT CIVIL Cocher (✓) - STATO CIVILE Controsegnare (✓)						NUMBER OF CHILDREN NOMBRE D'ENFANTS FIGLIN	
<input type="checkbox"/> SINGLE CÉLIBATAIRE CELIBE/NUBILE	<input type="checkbox"/> MARRIED MARIÉ(E) CONIUGATO/A	<input type="checkbox"/> WIDOW(ER) VEUF(VE) VEDOVO/A	<input type="checkbox"/> DIVORCED DIVORCÉ(E) DIVORZIATO/A	<input type="checkbox"/> SEPARATED SÉPARÉ(E) SEPARATO/A			
ADDRESS ADRESSE INDIRIZZO	(Number and Street) (Numéro et rue) (Numero e via)	(City, Town or Village) (Ville ou village) (Città o paese)	(Province or Territory) (Province ou territoire) (Provincia o territorio)	(Country) (Pays) (Stato)	(Postal Code) (Code postal) (Codice postale)		
PAST WORK ACTIVITIES ANTÉCÉDENTS PROFESSIONNELS ATTIVITÀ VARIE SVOLTE NELLA VITA LAVORATIVA PREGRESSA							
PRESENT WORK ACTIVITY EMPLOI ACTUEL OCCUPAZIONE ATTUALE							
OCCUPATIONAL HAZARDS OF THIS WORK ACTIVITY RISQUES PROFESSIONNELS LIÉS À CET EMPLOI EVENTUALI FATTORI DI RISCHIO CONNESSI CON LE ATTIVITÀ LAVORATIVE SVOLTE							
DATE WORK ENDED DATE DE FIN D'EMPLOI DATA DELLA CESSAZIONE DEL LAVORO	day jour giorno	month mois mese	year année anno	REASON RAISON PER			
PAST AND PRESENT MEDICAL HISTORY (in particular, indicate hospital admissions) ÉTAT DE SANTÉ PRÉSENT ET PASSÉ (en particulier, maladies ayant nécessité une hospitalisation) ANAMNESI REMOTA E PROSSIMA (in particolare, evidenza ricoveri ospedalieri)				<ul style="list-style-type: none"> • Please include, if possible, evidence of hospital admissions • Fournir, si possible, les preuves d'hospitalisation • Allegare, se possibile, le cartelle cliniche relative ai ricoveri stessi 			
DOES THE CLAIMANT RECEIVE ANY COMPENSATION, PENSION OR OTHER BENEFIT? LE REQUÉRANT REÇOIT-IL DES INDEMNITÉS, PENSIONS OU AUTRES PRESTATIONS? E' TITOLARE DI RENDITA - PENSIONE - INDENNIZZI ecc.?				<input type="checkbox"/> Yes Oui Sì	<input type="checkbox"/> No Non No		
IF YES, PLEASE STATE WHICH KIND OF BENEFIT AND PERCENTAGE OF DISABILITY PRÉCISER LESQUELLES ET INDIQUER LE DEGRÉ D'INVALIDITÉ, LE CAS ÉCHÉANT SPECIFICARE GRADO E PERCENTUALE							
GENERAL CONDITION ÉTAT GÉNÉRAL STATO GENERALE				HEIGHT (metres) TAILLE (mètres) ALT (m)	WEIGHT (kilos) POIDS (kilogrammes) PESO (kg)		
SKIN, APPENDAGES AND LYMPH GLANDS (colouring, callosities, dermatitis, ulcerations, cedemas, neoplasms, tumours, scars, slashes, etc.) PEAU, APPENDICES ET GANGLIONS LYMPHATIQUES (coloration, callosité, dermatose, ulcération, oedème, néoplasme, tumeur, cicatrice, balaire, etc.) CUTE, ANNESSI E SISTEMA LINFOGHIANOLARE (colorito, callosità, dermatosi, ulcerazioni, edemi, neoformazioni, fistole, cicatrici, stregi, ecc.)							

<ul style="list-style-type: none"> • From this point on, please attach all available medical documentation related to your findings (e.g., results of laboratory tests and special tests, ECG tracings, X-ray reports). • Prière de faire accompagner, si possible, tous les renseignements qui suivent des documents médicaux pertinents (par exemple, résultats de tests de laboratoire et d'examens spéciaux, tracés d'ECG, résultats d'examen radiologique). • Da questo punto in poi, allegare documentazione medica eventualmente in possesso (ad es. analisi cliniche, esami particolari, elettrocardiogramma, referti, radiologi). 		
CARDIOVASCULAR SYSTEM APPAREIL CARDIOVASCULAIRE APPARATO CARDIOVASCOLARE		
PULSE POULS POLSO	RESPIRATION RYTHME RESPIRATOIRE RESPIRO	BLOOD PRESSURE TENSION ARTÉRIELLE PRESSIONE ARTERIOSA
CONDITION OF THE ARTERIES AND OF THE VEINS VAISSEAUX SANGUINS VASI		
RESPIRATORY SYSTEM APPAREIL RESPIRATOIRE APPARATO RESPIRATORIO		
DIGESTIVE SYSTEM APPAREIL DIGESTIF APPARATO DIGERENTE		
HERNIAS (place and volume, reducibility, state whether the subject wears a truss) HERNIE (emplacement et volume, réductibilité, indiquer si le sujet porte un bandage herniaire) ERNIE (sede, riducibilità, uso di cinti)		
ORGANS OF THE HYPOCHONDRIA (liver, spleen, gall bladder, etc.) ORGANES DE L'HYPOCONDRE (foie, rate, vésicule biliaire, etc.) ORGANI IPOCONDRIACI (fegato, milza, cistifellea, ecc.)		
OSTEO-ARTICULAR SYSTEM (in particular, state the limitations of the function): APPAREIL OSTÉOARTICULAIRE (préciser les limites fonctionnelles): APPARATO OSTEOARTICOLARE (in particolare evidenza le limitaz, funzionali):		
SKELETON SQUELETTE SCHELETRO		
ARTICULATIONS (joints) ARTICULATIONS ARTICOLAZIONI		
STATE WHETHER THE SUBJECT WEARS A PROSTHESIS INDIQUER SI LE SUJET PORTE UNE PROTHÈSE È PROVVISIO DI APPARECCHIO PROTETICO		
ENDOCRINE SYSTEM SYSTÈME ENDOCRINIEN SISTEMA ENDOCRINO		
NERVOUS SYSTEM AND PSYCHOLOGICAL STATE SYSTÈME NERVEUX ET ÉTAT PSYCHOLOGIQUE SISTEMA NERVOSO E PSICHE		
EYES AND VISION YEUX ET VISION OCCHI E VISTA		

EARS AND HEARING OREILLES ET OÙ I E ORECCHIO E UDITO		
URINARY AND GENITAL SYSTEM APPAREIL GÉNITO-URINAIRE APPARATO UROGENITALE		
OTHER ORGANS AND SYSTEMS AUTRES ORGANES ET APPAREILS ALTRI ORGANI E APPARATI		
MEDICAL EVIDENCE SUBMITTED BY THE CLAIMANT (clinical charts, tests, etc.) PI ÈCES MÉDICALES PRÉSENTÉES PAR LE REQUÉRANT (documents cliniques, résultats d'épreuves, etc.) DOCUMENTAZIONI SANITARIE ESIBITE DALL ASSICURATO (cartelle cliniche, accertamenti, mutualistici, ecc.)		
TREATMENTS FOLLOWED TRAITEMENTS SUIVIS EVENTUALI TERAPIE PRATICATE		
DIAGNOSIS DIAGNOSTIC DIAGNOSI		
DATE DATE DATA	STAMPS OF THE PHYSICIAN (with address) SCEAU DU MÉDECIN (et adresse) TIMBRO DEL MEDICO (con indirizzo)	SIGNATURE OF PHYSICIAN SIGNATURE DU MÉDECIN FIRMA DEL MEDICO

CAN/IT/SS 3 (6-82)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
DÉCLARATION FAUTE DE CERTIFICATION

Il sottoscritto _____ cittadino _____
Je soussigné(e) _____, citoyen(ne) _____

nato a _____ il _____
né(e) à _____ le _____

residente in _____
résidant au _____

consapevole delle sanzioni, anche penali, in cui può incorrere in caso di false dichiarazioni, così come stabilito dall'art. 26 della legge 15/1968 (delle Italia),

suis au courant des pénalités et sanctions pénales qui peuvent être imposées en cas de fausse déclaration, tel que stipulé par l'Article 26 de la Loi 15/1968 (de l'Italie)

DICHIARA quanto segue:
et fais la DÉCLARATION SUIVANTE :

Luogo e data
Lieu et date

Firma il Dichiarante
Signature du/de la déclarant(e)

La presente dichiarazione sostitutiva di certificazione, resa ai sensi dell'art. 2 della legge 15/1968 e successive modifiche, non è soggetta ad autentica della firma.

La signature de la présente déclaration faite de certification faite conformément à l'Article 2 de la Loi 15/1968 et de ses amendements subséquents, n'a pas à être authentifiée.