

CERTIFICATO DI PROROGA DEL DISTACCO

Accordo: articolo 7.2

Il datore di lavoro compila la parte A del modulo e ne invia 4 copie, unitamente alla richiesta di proroga, all’Autorità competente dello Stato in cui l’impresa ha la propria sede.

A Da compilarsi da parte del datore di lavoro

1	Autorità competente destinataria
1.1	Denominazione:
1.2	Indirizzo: Via n codice postale Città Stato.....

2	Dati personali del lavoratore
2.1	Numero di identificazione personale (C.F.).....
2.2	Cognome.....
2.3	Cognome di nascita
2.4	Nomi
2.5	Cognomi precedenti
2.6	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
2.7	Cittadinanza
2.8	Indirizzo nello Stato di residenza (Stato di invio) Via n codice postale Città Stato.....
2.9	Indirizzo nello Stato di soggiorno (Stato di occupazione) Via n codice postale Città Stato.....

3 Informazioni sui familiari al seguito del lavoratore

Cognome	Nome	Cognome da nubile	Data di nascita	Rapporto di parentela	Numero d'identificazione
3.1					
3.2					
3.3					
3.4					
3.5					
3.6					
3.7					

4 Dati relativi al distacco

4.1 Il lavoratore subordinato è stato distaccato
Per il periodo dal.....al.....

4.2 Presso lo stabilimento seguente: presso la nave seguente:

4.3 Informazioni sul datore di lavoro (Stato di occupazione)
Codice datore di lavoro/impresa/nave
.....
Nome o ragione sociale del datore di lavoro/impresa/nave
.....
Indirizzo:
Via n codice postale
Città Stato.....

5 Informazioni sul certificato di distacco

Il certificato di distacco è stato rilasciato dalla seguente Istituzione:

5.1 Denominazione :.....

5.2 Indirizzo:
Via n codice postale
Città Stato.....

5.3 Data del rilascio data di scadenza

Dati relativi alla richiesta di proroga del distacco

Si richiede la prosecuzione dell'assoggettamento alla legislazione.....

Per il periodo dal al

6	datore di lavoro
6.1	Codice datore di lavoro (C.F.)
6.2	Nome o ragione sociale
6.3	Sede legale
6.4	Indirizzo
	Via n codice postale
	Città Stato.....
	Timbro Data..... Firma

B Da compilarsi da parte dell'Autorità competente o Organismo designato dello Stato di occupazione del lavoratore

7	Decisione dell'Autorità competente
7.1	Denominazione
7.2	Indirizzo: Via n codice postale
	Città Stato.....
	Tel Fax e-mail
7.3	Dichiara <input type="checkbox"/> di essere d'accordo <input type="checkbox"/> di non essere d'accordo a che il lavoratore indicato nella sezione 2 continui ad essere assoggettato alla legislazione di sicurezza sociale
	per il periodo dal al
	Timbro Data..... Firma