

CONSEJO DE EUROPA**Convenio Europeo de Seguridad Social y Convenio Complementario**

(Artículos 15.1a.i, 15.2a, 21.1a.i, 21.3 y 40.1.a.i del Convenio;
Artículos 12.1, 20.1 y 55.1 del Convenio Complementario)

CERTIFICADO DE DESPLAZAMIENTO TEMPORAL (a)**PARTE A****1. Trabajador**

1.1 Apellido	Nombre	Apellido de nacimiento
_____	_____	_____
1.2 Lugar de nacimiento:	Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer
_____	_____	
1.3 Nacionalidad:	<input type="checkbox"/> Refugiado	<input type="checkbox"/> Apátrida

1.4 Dirección permanente:	_____	
1.5 Número de Seguridad Social (d):	_____	
1.6 Número de Identificación (d):	_____	

2. Miembros de la familia que acompañan al trabajador

Apellido	Nombre/s	Apellido de nacimiento (e)	Fecha de nacimiento	Relación familiar (**)	Número de Seg. Social (d)	Número de Identificación (d)
2.1.....						
2.2.....						
2.3.....						
2.4.....						
2.5.....						

3. Empresario

3.1 Nombre o Razón Social: _____
3.2 Dirección (c): _____

4. El trabajador mencionado en el punto (1) probablemente se desplaza temporalmente al centro de trabajo que figura a continuación para realizar su actividad entre el _____ y el _____

4.1 Nombre o Razón Social: _____
4.2 Dirección (c): _____

(*) Las instrucciones aparecen en la última página.

(**) Introdúzcase la cifra y la letra de grado de relación familiar según el código indicado en el anexo (1) del manual

5. En cuanto la aplicación de los 15.a.i y 15.2.a, el trabajador mencionado en el punto (1) y, en su caso, los miembros de la familia acompañantes mencionados en el punto (2) durante el periodo citado estará/n sujeto/s a la legislación de seguridad social vigente del país contratante en cuyo territorio se encuentra el centro de trabajo del empresario mencionado en el punto (3).

6. Autoridad competente en casos de enfermedad y maternidad (g) (1)

6.1 Nombre: XXX
6.2 Dirección (c): XXX

7. Autoridad competente en casos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

7.1 Nombre: _____
7.2 Dirección (c): _____

8. Institución designada por el país en cuyo territorio se encuentra el centro de trabajo del empresario mencionado en el punto (3)

8.1 Nombre: _____	
8.2 Dirección (c): _____	
8.3 Se expide en _____ el día _____	
8.4 Sello	8.5 Firma del representante de la Institución

PARTE B (g. h) (2)

9. CERTIFICACIÓN

9.1. Autoridad mencionada (i) en el punto (6) certifica que:

- 9.2. El trabajador mencionado en el punto (1),
- 9.3. Las personas mencionadas en los puntos (1) y (2),

Cumple / cumplen con las condiciones para beneficiarse de las ayudas sanitarias prestadas en casos de maternidad y enfermedades profesionales durante el periodo de desplazamiento temporal y en el periodo de prórroga en su caso de conforme a las disposiciones del párrafo 1.a.i del artículo 21 del convenio.

9.4. Expedido el XXXXXXXXXXXXXXXXXX en XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

9.5. Sello 9.6 Firma del Representante de la Autoridad

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

**(1) EL PRESENTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO PARA LAS AYUDAS SOCIALES SANITARIAS.
(2) LA PARTE B NO SE CUMPLIMENTA PUES NO SE RECOGEN LAS PRESATACIONES SANITARIAS**

INSTRUCCIONES

- (a) Este formulario certifica que el trabajador que se desplaza temporalmente a otro país contratante estará sujeto a la legislación de seguridad social del país en cuyo territorio se encuentra el centro de trabajo del empresario y, con la condición de que esté asegurado en las cláusulas de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales, le permite beneficiarse de los servicios sanitarios provistos por la institución autorizada en materia de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales en el país contratante al que el trabajador se desplaza temporalmente. **Dicho trabajador y los miembros de la familia que le acompañan podrán beneficiarse, en virtud de este formulario, de los servicios sanitarios provistos por la institución autorizada en materia de Enfermedades y Maternidad en el país contratante al que se desplazó temporalmente únicamente en caso de existir un acuerdo bilateral o multilateral que contemple la aplicación del artículo 21 del Convenio entre el país autorizado y el país destinatario a donde se desplaza el trabajador. (Actualmente no se ha firmado ningún acuerdo bilateral que contemple esta relación).**

Este formulario se rellenará en tres copias con letra de imprenta por la institución designada por el país contratante en cuyo territorio se encuentra el centro de trabajo del empresario mencionado en el punto (3) y se entregarán dos copias al trabajador (antes de su desplazamiento) y la tercera copia al empresario.

El trabajador estará obligado a conservar las dos copias y en caso de que sea necesario entregará una de las copias a la institución correspondiente a su domicilio temporal. En caso de prórroga del desplazamiento se entregará la segunda copia junto con los formularios CE.2.

- (b) En caso de que el trabajador sea un refugiado o tenga el carácter de apátrida, indicar con el símbolo (X) en el lugar respectivo.
- (c) Indicar dirección completa: calle, número, código postal, localidad y país.
- (d) El número de seguridad social se asigna a las personas cuando se someten a la legislación seguridad social de algún país. Por el término del número de identificación se entiende el número (administrativo o técnico) que identifica a una persona.
- (e) Solo se rellenará si el formulario debe remitirse a una institución u organismo italiano.
- (f) Si el trabajador va desplazado temporalmente a un buque, se debe indicar el nombre del buque y el de la compañía marítima.
- (g) Solo se rellenará en caso de existir un acuerdo bilateral o multilateral que contemple la aplicación del artículo 21 del Convenio entre el país destinatario a donde se desplaza el trabajador y el país autorizado.
- (h) Se rellenará por la institución designada por el país en el que se encuentra el centro de trabajo del empresario, si embargo la dicha institución deberá ser, a su vez, la autoridad competente.
- (i) Poner el símbolo (X) en el lugar adecuado.