

**ACCORDO TRA LA REPUBBLICA ITALIANA E LA REPUBBLICA DI ALBANIA IN MATERIA DI SICUREZZA SOCIALE
MARRËVESHJE MIDIS REPUBLIKËS ITALIANE DHE REPUBLIKËS SË SHQIPËRISË NË FUSHËN E SIGURIMEVE SHOQËRORE**

**ATTESTATO RELATIVO AI PERIODI DI ASSICURAZIONE COMPIUTI IN ITALIA
VËRTETIMI I PERIUDHAVE TË SIGURIMIT TË REALIZUARA NË ITALI**

**Art. 14 Intesa amministrativa – Art. 18 Accordo
Neni 14 i Marrëveshjes Administrative – Neni 18 of i Marrëveshjes**

Numero del caso in Italia
Numri i protokollit në Itali

Numero del caso in Albania
Numri i protokollit në Shqipëri

Denominazione e indirizzo dell'ente assicuratore cui l'attestato viene consegnato
Emërtimi dhe adresa e Institucionit ku dërgohet kërkesa

Nome/Emërtimi	INSTITUTI I SIGURIMEVE SHOQËRORE
Indirizzo/Adresa	Rruga e Durrësit, nr. 83, Tiranë - ALBANIA

**1. Dati sulla persona per la quale viene consegnato l'attestato
Të dhënat e personit të siguruar për të cilin paraqitet kërkesa**

Cognome Mbiemri	Nome Emri
Data di nascita Datëlindja	Luogo di nascita Vendlindja
Cognome da nubile e altri cognomi Mbiemri në lindje apo mbiemra të tjerë	Codice fiscale italiano (CF) Kodi fiskal italian
Indirizzo Address:	

**2. La persona di cui al punto 1 ha compiuto i seguenti periodi di assicurazione contro la disoccupazione in Italia:
Personi i përmendur në pikën 1 ka realizuara periudhat e mëposhtme të sigurimit kundër papunësisë në Itali:**

N.Ord. Nr.	Nome del datore di lavoro Emri i punëdhënësit	Periodi di assicurazione Periudha e sigurimit	
		dal / nga data	al / në datën
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

**3. La persona di cui al punto 1 ha percepito le prestazioni di disoccupazione in Italia nei seguenti periodi:
Personi i përmendur në pikën 1 ka përfituar të ardhura nga papunësia në Itali në periudhat si më poshtë:**

dal / nga	al/ deri në	dal / nga	al/ deri në
dal / nga	al/ deri në	dal / nga	al/ deri në
dal / nga	al/ deri në	dal / nga	al/ deri në

Nome e indirizzo dell'ente assicuratore che ha rilasciato l'attestato
Emërtimi dhe adresa e Institucionit që e ka lëshuar vërtetimin

Nome/Emërtimi	INPS
Indirizzo/Adresa	

Data
Data

Timbro
Vula

Firma
Nënshkrimi