

**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**

**DOMANDA DI RILASCIO DELL' ATTESTATO RELATIVO AI PERIODI DI ASSICURAZIONE COMPIUTI IN ALBANIA
KËRKESË PËR LËSHIMIN E VËRTETIMIT TË PERIUDHAVE TË SIGURIMIT TË REALIZUARA NË SHQIPËRI**

**Art. 14 dell'Intesa amministrativa – Art. 18 dell'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 la domanda viene presentata
Emërtimi dhe adresa e Institucionit ku drejtohet kërkesa

Nome / Emërtimi	INSTITUTI I SIGURIMEVE SHOQËRORE
Indirizzo / Adresa	Rruga e Durrësit nr.83, 1001 Tiranë - ALBANIA

**1. Dati sulla persona per la quale viene presentata la domanda
Të dhënat e personit 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 dhe mbiemra të tjerë	Codice fiscale italiano (CF) Kodi fiskal italian
Indirizzo Adresa	

**2. Periodi di assicurazione contro la disoccupazione compiuti ai sensi della legislazione albanese per i quali la
domanda viene presentata:
Periudhat e sigurimit kundër papunësisë të realizuar sipas legjislacionit shqiptar për të cilat paraqitet kërkesa:**

N.ord. Nr.	Nome del datore di lavoro Emri i punëdhënësit	Periodi di assicurazione Periudhat e sigurimit	
		dal nga data	al deri në datë
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Si prega di volerci confermare, sul modulo AL/IT 302A, i periodi di assicurazione compiuti dalla persona di cui al punto 1 in base alla legislazione albanese, nonché di volerci comunicare se tale persona ha percepito le prestazioni di disoccupazione e in quale periodo.

Lutemi të na konfirmoni nëpërmjet formularit AL/IT 302A periudhat e sigurimit që personi i përmendur në pikën 1 ka realizuar sipas legjislacionit shqiptar, si edhe të na vini në dijeni nëse ky person ka marrë përfitime nga papunësia dhe gjatë cilës periudhë.

Nome e indirizzo dell'Ente assicuratore che richiede l'informazione
Emërtimi dhe adresa e Institucionit që e kërkon informacionin

Nome/Emërtimi	INPS
Indirizzo/Adresa	

Data
Data

Timbro
Vula

Firma
Nënshkrimi