

**MARRËVESHJE MIDIS REPUBLIKËS SËSHQIPËRISË DHE REPUBLIKËS ITALIANE NË FUSHËN E SIGURIMEVE
SHOQËRORE
ACCORDO TRA LA REPUBBLICA DI ALBANIA E LA REPUBBLICA ITALIANA IN MATERIA DI SICUREZZA SOCIALE
KËRKESË PËR LËSHIMIN E VËRTETIMIT TËPERIUDHAVE TË SIGURIMIT NË ITALI
DOMANDA DI RILASCIO DELL' ATTESTATO RELATIVO AI PERIODI DI ASSICURAZIONE COMPIUTI IN ITALIA**

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

Numri i protokollit në Shqipëri
Numero del caso in Albania

Numri i protokollit në Itali
Numero del caso in Italia

Emërtimi dhe adresa e Institucionit ku dërgohet kërkesa
Denominazione e indirizzo dell'ente assicuratore cui la domanda viene presentata

Emërtimi / Nome	INPS
Adresa / Indirizzo	

**1. Të dhënat e personit të siguruar për të cilin paraqitet kërkesa
Dati sulla persona per la quale viene presentata la domanda**

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

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

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

Ju lutemi konfirmoni nëpërmjet formularit IT/AL 301A periudhat e sigurimit të realizuara nga personi i përmendur në pikën 1 sipas legjislacionit italian, si dhe na informoni nëse ky person ka përfituar pagesë papunësisë dhe në cilën periudhë. Si prega di volerci confermare, sul modulo IT/AL 301A, i periodi di assicurazione compiuti dalla persona di cui al punto 1 in base alla legislazione italiana, nonché di volerci comunicare se tale persona ha percepito le prestazioni di disoccupazione e in quale periodo.

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

Emërtimi / Nome
Adresa/ Indirizzo

Data
Data

Vula
Timbro

Nënshkrimi
Firma