Zavod za **pokojninsko in invalidsko** zavarovanje Slovenije

Sektor za nakazovanje pokojnin
SI 1000 Ljubljana, Kolodvorska ulica 15, t: +386/1 47 45 650, e: informacije@zpiz.si, www.zpiz.si



Številka dosjeja / Numero della pratica: | | | | | | | |

POTRDILO / CERTIFICATO

Podatki upravičenca(ke) / Dati del/la beneficiario/ria:
Ime in priimek, datum rojstva / Nome e cognome, data di nascita:

Stalni naslov / Indirizzo permanente:

Začasni naslov / Indirizzo temporaneo:

Italijanska identifikacijska številka – / Numero di identificazione italiano

Zgoraj navedena oseba je živa. / La persona di cui sopra è in vita.

V nadaljevanju z X ustrezno označiti oz. ustrezno dopolniti / Segnare adeguatamente qui di seguito con una X ossia completare adeguatamente:

Identifikacija osebe je bila preverjena na podlagi / L'identificazione della persona è stata verificata in base

☐ osebne izkaznice / alla carta d'identità, številka / numero _____

☐ potnega lista / al passaporto, številka / numero _____

☐ drug osebni dokument (navedite kateri) / a un altro documento personale (precisare quale) _____, _____, številka / numero _____.

Kraj in datum / Luogo e data

_____

Žig in podpis pristojnega organa /
Timbro e firma dell'organo competente

PROSIMO OBRNITE / GIRARE PER FAVORE

POMEMBNO / IMPORTANTE

Vpišite vašo identifikacijsko številko za davčne namene (TIN) v vaši državi bivanja / Inserisca il Suo numero di identificazione fiscale (TIN, ossia il codice fiscale) del Suo Paese di residenza. TIN / TIN:_____ Država bivanja / Paese di residenza: _____.

V kolikor zavod vaše identifikacijske številke ne bo prejel najkasneje do 30. 10. 2029, vam bo izplačevanje prejemkov s 1. 1. 2030 ustavljeno / Qualora l'Istituto non riceva il Suo numero di identificazione fiscale (TIN) entro e non oltre il 30 ottobre 2029, il pagamento delle prestazioni a Lei spettanti verrà sospeso a partire dal 1° gennaio 2030.

IZJAVA UPOKOJENCA(KE) / DICHIARAZIONE DEL/LA PENSIONATO/A

V kolikor ste zaposleni oziroma opravljate samostojno dejavnost, označite z X. /Se si è lavoratore/trice dipendente o autonomo/a, contrassegnarlo con una X.

☐ DA / SÌ

Spodaj podpisani(a) izjavljam, da uveljavljam ugodnosti po mednarodni pogodbi o izogibanju dvojnega obdavčevanja. / Io il/la sottoscritto/a dichiaro di voler far valere i benefici previsti dalla Convenzione Internazionale per evitare la doppia imposizione.

Kraj in datum / Luogo e data

Podpis upokojenca(ke) ali zakonitega(e) zastopnika(ce) /Firma del/la pensionato/a o del/la rappresentante legale

_____ _____

OBVESTILO UPOKOJENCU / AVVISO AL (ALLA) PENSIONATO/A

Potrdilo z izjavo je potrebno izpolnjeno in overjeno vrniti na naslov: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, Kolodvorska 15, 1000 LJUBLJANA najkasneje do _____ . V kolikor potrdila ne bomo prejeli do navedenega roka, vam bo izplačevanje pokojnine začasno ustavljeno (3. in 4. odst. 120. čl. ZPIZ-2, Ur. list RS, št. 96/12, 39/13, 102/15, 23/17, 40/17 in 65/17). / Il certificato compilato e autenticato, assieme alla dichiarazione, devono essere inviati al seguente indirizzo: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, Kolodvorska 15, 1000 LJUBLJANA, entro e non oltre il _____. Se non riceviamo il certificato entro il termine stabilito, il pagamento della pensione sarà momentaneamente sospeso (paragrafi 3 e 4 dell'Articolo 120 della Legge sull'Assicurazione pensionistica e di invalidità - ZPIZ-2, Gazzetta Ufficiale della Repubblica di Slovenia, n. 96/12, 39/13, 102/15, 23/17, 40/17 e 65/17).

Potrdilo izpolni in potrdi pristojni organ državne uprave. / Il certificato viene compilato e confermato dall'organo amministrativo statale competente.

Izjavo upokojenca izpolni in podpiše uživalec pokojnine. / La dichiarazione del/la pensionato/a viene compilata e firmata dal/la beneficiario/ria della pensione.

Hkrati vas obveščamo, da bo zavod preko Potrdila pridobljeno tujo identifikacijsko številko koristil na podlagi dvostranskega dogovora o elektronski izmenjavi podatkov, ki ga bo sklenil z nosilcem pokojninskega in invalidskega zavarovanja države vašega stalnega bivališča z namenom, da vam v bodoče ne bo potrebno posredovati Potrdila./ Allo stesso tempo, desideriamo informarLa che l'Istituto utilizzerà il numero di identificazione estero ottenuto attraverso il Certificato sulla base di un accordo bilaterale sullo scambio elettronico di dati stipulato con l'Istituto di previdenziale di assicurazione pensionistica e di invalidità del Suo paese di residenza al fine di non dover in futuro trasmettere di nuovo il Certificato.

Na podlagi 119. člena ZPIZ-2 ste zavodu dolžni sporočiti vsako spremembo, ki vpliva na pravico do pokojnine ali na izplačevanje pokojnine, v 8 dneh po nastali spremembi. / Ai sensi dell'Articolo 119 della Legge ZPIZ-2, l'utente è tenuto a informare l'Istituto di qualsiasi cambiamento che incida sul diritto alla pensione o sul pagamento della pensione entro 8 giorni dal verificarsi del cambiamento.