

Certificado de opción sobre legislación aplicable
Certificado de opção sobre legislação aplicável

Personal de Misiones diplomáticas y Oficinas consulares
 Pessoal de Missões diplomáticas e Postos Consulares

Aplicación del apartado i) del artículo 10 del Convenio y 9 del Acuerdo

Aplicação do alinea i) do artigo 10 da Convenção e 9 do Acordo

A cumplimentar por el empleador / A preencher pelo empregador

I Datos identificativos del trabajador / Dados de identificação do trabalhador

Apellido (s) / Sobrenome (s) (1)		Apellido de soltera/ Sobrenome de solteira (2)		Nombre(s) / Nome(s)	
Nombre(s) del padre / Nome (s) do pai			Nombre(s) de la madre / Nome(s) da mãe		
Fecha de nacimiento /Data de nascimento _____/_____/_____		Sexo : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Lugar de nacimiento/ Local de nascimento		
Estado/Provincia/Departamento/Región		País		Nacionalidad / Nacionalidade	
Documento de identificación / Documento de identificação	Tipo	Número	Fecha de expedición/ Data de expedição	País de expedición/País de expedição	
Nº de afiliación /Inscrição Nº de Seguridad Social/Nº de Inscrição do Trabalhador (3)			Profesión o actividad/ Profissão ou atividade		Estado civil (4)
Dirección en el País de Origen /Endereço no País de Origen:					
Calle/Rua _____ nº _____ Piso/Depto: _____					
Localidad/Localidade: _____ C.P. /CEP: _____					
Provincia/Estado/ Departamento /Región _____					
País _____					
Nº de teléfono / Telefone: _____ Correo electrónico/E-mail: _____					
Otras informaciones/Outras Informações (5):					

El trabajador, se encuentra contratado desde : _____

O trabalhador, se encontra contratado desde : _____

en/na:

Misión Diplomática u / missão diplomática , ou

Oficina Consular / Posto Consular

Del Estado Parte acreditante _____ y/e

Do Estado Parte contratante _____ y/e

Ejerce su actividad como / Exerce sua atividade como _____, o

Está al servicio privado y exclusivo de los miembros de la Misión Diplomática u Oficina Consular que se menciona / Está a serviço privado e exclusivo dos membros da Missão Diplomática ou Posto Consular que se menciona.

Lugar y fecha / Local e data:

Firma del representante en la Misión Diplomática u Oficina Consular que corresponda/
Assinatura do representante da Missão Diplomática ou Escritório Consular que corresponda

Sello / Carimbo

A cumplimentar por el trabajador /A preencher pelo trabalhador

II Derecho de opción / Direito de opção

El trabajador identificado en el punto *I* de este formulario, según el apartado i) del artículo 10 del Convenio y 9 del Acuerdo, OPTA porque le sean de aplicación las disposiciones en materia de Seguridad Social del siguiente Estado Parte:

O trabalhador identificado no ponto *I* deste formulário, segundo a alínea i) do artigo 10 da Convenção e 9 do Acordo, OPTA para que lhes sejam aplicadas as disposições em matéria de Segurança Social do seguinte Estado Parte:

Lugar y Fecha / Local e Data:

Firma del trabajador/ Assinatura do trabalhador

A cumplimentar por la Institución Competente del Estado Parte por cuya legislación haya optado
 A preencher pela Instituição Competente do Estado Parte por cuja legislação tenha optado

III Institución Competente del País a cuya Legislación está sometido el trabajador

Instituição Competente do País cuja a Legislação está sujeito o trabalhador

CERTIFICADO/CERTIFICAÇÃO

Denominación / Denominação
Dirección / Endereço
<p>CERTIFICA que el trabajador queda sometido a la legislación del Estado de _____, tras la opción ejercida por el mismo, en virtud del apartado i) del artículo 10 del Convenio y 9 del Acuerdo.</p> <p>CERTIFICA que o trabalhador fica submetido a legislação do Estado _____, depois da opção exercida pelo mesmo, em virtude do alinea i) do artigo 10 da Convenção e 9 do Acordo.</p> <p>Lugar y fecha / Local e data:</p> <p>_____</p> <p>Sello / Carimbo</p> <p>Firma de la Institución Competente/ Assinatura de la Instituição Competente</p> <p>_____</p>

País de Origen / País de Origem:

País de Destino /País de Destino:

VI Organismo de Enlace o Institución Competente del País de Origen

Organismo de Ligação ou Instituição Competente do País de Origen

CERTIFICADO/CERTIFICAÇÃO

Denominación / Denominação
Dirección / Endereço
<p>CERTIFICA que el trabajador identificado en el punto / de este formulario sigue sometido a la legislación del país de origen, en virtud del apartado b) del artículo 10 del Convenio y 7 del Acuerdo, desde _____ hasta _____</p> <p>CERTIFICA que o trabalhador identificado no quadro / deste formulário fica submetido a legislação do país de origem, em virtude do parágrafo b) do artigo 10 do Convênio e 7 do Acordo, desde _____ hasta _____</p> <p>Lugar y fecha / Local e data: _____</p> <p>Sello / Carimbo</p> <p>Firma/ Assinatura _____</p>

País de Origen / País de Origen:

País de Destino /País de Destino:

Instrucciones:

- El formulario deberá cumplimentarse por la empresa, en cuatro ejemplares, en caracteres de imprenta
- Deberá ser presentado ante la Institución Competente del Estado Parte por cuya legislación haya optado el trabajador, dentro de los tres meses siguientes a la fecha de iniciación de trabajo en el territorio del Estado en el que desarrolle su actividad.
- La Institución Competente del país asegurador expedirá el correspondiente certificado y lo comunicará a la Institución Competente del otro Estado Parte.
- Se entregará una copia del certificado al trabajador. El trabajador conservará esta copia con objeto de acreditar su situación ante la Seguridad Social del país de destino.

Instruções:

- O formulário deverá ser preenchido pela empresa, em quatro vias, em letra de forma
- Deverá ser apresentado perante a Instituição Competente do Estado Parte cuja legislação tenha optado o trabalhador, dentro dos três meses seguintes à data de início de trabalho no território do Estado em que desenvolva sua atividade.
- A Instituição Competente do país de filiação do trabalhador expedirá o correspondente certificado e comunicá-lo-á à Instituição Competente do outro Estado Parte.
- Entregar-se-á uma cópia do certificado ao trabalhador. O trabalhador conservará o certificado com o objetivo de comprovar sua situação perante à Segurança Social no país de destino.

Instrucciones particulares/instruções particulares:

- (1) Para Bolivia , apellido de casada cuando corresponda/
Para a Bolivia, sobrenombre de casada, se aplicável
- (2) Para Bolivia y Chile, apellido paterno y materno/
Para a Bolivia e Chile, sobrenome do paí e da mãe
- (3) Para Chile y Uruguay, no procede completar /
Para o Chile e Uruguay, não completar
- (4) *Soltero/Solteiro. Casado/Casado. Viudo/Viúvo. Divorciado/Divorciado. Separado de hecho/Separado de fato. Unión de hecho/União Estável. Concubinato/ Concubinato*
- (5) Para Brasil, en el apartado “otras informaciones” se debe informar el número de registro de Personas Físicas – CPF /
Para Brasil, em “outras informações” deverá ser informado também o número do Cadastro de Pessoas Físicas – CPF