

**APPLICATION FOR ITALIAN BENEFITS UNDER THE ITALY- CANADA  
INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY AGREEMENT**

**DOMANDA DI PRESTAZIONE ITALIANA IN VIRTÙ DELL'ACCORDO INTERNAZIONALE  
DI SICUREZZA SOCIALE ITALO-CANADESE**

*This application should be completed by the worker or by one of the worker's surviving relatives who is claiming survivor's benefits.*

*Questa domanda deve essere compilata dal lavoratore oppure da un familiare del lavoratore che presenta domanda di prestazione ai superstiti.*

**FOR CANADA - PER IL CANADA**

FILE REFERENCE NUMBER AT SERVICE CANADA

NUMERO DI RIFERIMENTO DELLA PRATICA  
PRESSO IL SERVICE CANADA

DO NOT WRITE IN THIS SPACE

FOR SERVICE CANADA USE ONLY  
SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO  
COMPETENTE CANADESE

Date of receipt  
(official stamp and date)

Data di ricezione  
(timbro e data).

I hereby apply for the following benefit payable under the Italian social security legislation, as provided for under the bilateral Social Security Agreement between Italy and Canada  
Con la presente domanda chiedo la prestazione, di seguito indicata, in base alla legislazione di sicurezza sociale italiana, secondo quanto previsto dall'Accordo di sicurezza sociale tra l'Italia e il Canada.

I hereby also request that the present claim be examined in view of assessing entitlement to benefits under the Canadian social security legislation, as provided for under article 27(2) of the Agreement.  
Con la presente chiedo che la mia domanda sia esaminata anche al fine di stabilire il diritto a prestazione in base alla legislazione di sicurezza sociale canadese, secondo quanto previsto all'articolo 27(2) dell'Accordo

Yes/Sì

No/No

TYPE OF BENEFIT REQUESTED (indicate by marking X)  
TIPO DI PENSIONE RICHIESTA (Contrassegnare con x l'apposita casella)

RETIREMENT / ANZIANITA'

EARLY PENSION /-ANTICIPATA

OLD AGE / VECCHIAIA

DISABILITY\* / INVALIDITÀ\*

SURVIVOR'S \*\* / SUPERSTITI \*\*

**Note/ Nota:**

\* Please attach completed Medical Report CAN/IT/SS 3  
Allegare certificato medico (SS3)

\*\* If a person is claiming a survivor's pension in addition to another benefit, a separate form must be completed for each benefit.  
Se una persona chiede anche una pensione ai superstiti oltre ad una delle prestazioni sopraindicate, è necessario compilare un'apposita, distinta domanda.

**SECTION I /SEZIONE I**

**1. INFORMATION ABOUT THE APPLICANT – DATI RIGUARDANTI IL/LA RICHIEDENTE**

(a) Family name Cognome		Name Nome		Maiden name Cognome da nubile		b) male maschio	
						female femmina	
(c) APPLICANT'S SOCIAL INSURANCE NUMBER <i>In the case of an application for survivor's benefits, give the deceased worker's number</i>				N. DI SICUREZZA SOCIALE DEL/LA RICHIEDENTE <i>Nel caso di pensione ai superstiti, indicare il numero di assicurazione del lavoratore deceduto</i>			
Canadian Social Insurance Number N. di sicurezza sociale canadese				Italian fiscal code as validated by the Inland Revenue Office Codice fiscale italiano validato al fisco			
(d) Date of Birth Data di nascita		DAY GIORNO		MONTH MESE		YEAR ANNO	
(e) Place of Birth Luogo nascita		(City, Town or Village) (Città o paese)		(Province or Territory) (Provincia o territorio)		Country Stato	
(f) Marital status Stato civile							
<input type="checkbox"/> Single Celibe/Nubile		<input type="checkbox"/> Married Coniugato/a		<input type="checkbox"/> Partner in civil union Unito civilmente		<input type="checkbox"/> Common-law partner Convivente de facto	
<input type="checkbox"/> Widower/er Vedovo/a		<input type="checkbox"/> Surviving civil partner Vedovo/a da unione civile		<input type="checkbox"/> Divorced Divorziato/a		<input type="checkbox"/> Separated Separato/a	
<input type="checkbox"/> Separated from registered partnership Separato/a civilmente							
(g) Date of Marriage/ registered partnership Data del matrimonio/ unione civile		DAY GIORNO		MONTH MESE		YEAR ANNO	
(h) Place of Marriage/ registered partnership Luogo del matrimonio/ unione civile		(City, Town or Village) (Città o paese)		(Province or Territory) (Provincia o territorio)		Country Stato	
(i) Place of Residence Luogo di Residenza		(Number and Street) (Numero e via)		(City, Town or Village) (Città o paese)		(Province or Territory) (Provincia o territorio)	
						Country Stato	
						(Postal Code) (Codice Postale)	

2. INFORMATION ABOUT THE APPLICANT'S SPOUSE / PARTNER IN CIVIL UNION / COMMON-LAW PARTNER DATI RIGUARDANTI IL CONIUGE / PARTNER UNITO CIVILMENTE / CONVIVENTE DE FACTO DEL RICHIEDENTE				
(l) Family name Cognome	Name Nome	Maiden name Cognome da nubile		
(m) Date of Birth (dd/mm/yyyy) Data di nascita (gg/mm/aaaa)	Place of Birth Luogo di nascita	Country Stato	<input type="checkbox"/> Male Maschio	<input type="checkbox"/> Female Femmina
(n) Canadian Social Insurance Number Numero di sicurezza sociale canadese	Italian fiscal code as validated by the Italian Inland Revenue Office Codice fiscale italiano validato al fisco			
(o) Place of residence (number and street) Luogo di residenza (numero e via)	City, Town or Village Città o Paese	Province or Territory Provincia o territorio	Country Stato	Postal code Codice postale

3. REQUEST FOR AUTHORIZATION TO CONTINUE ITALIAN SOCIAL INSURANCE THROUGH VOLUNTARY CONTRIBUTIONS  
RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AI VERSAMENTI VOLONTARI NELL'ASSICURAZIONE ITALIANA

In case the application for the Italian benefit should be denied, I ask for authorization to continue my Italian social insurance through voluntary contributions.  
Il sottoscritto, qualora la domanda di pensione sia respinta, chiede l'autorizzazione alla prosecuzione volontaria dell'assicurazione nel sistema di sicurezza sociale italiano.

### SECTION II / SEZIONE II

4. TO BE COMPLETED IF THERE ARE FAMILY MEMBERS FOR WHOM FAMILY BENEFITS ARE CLAIMED (family unit benefits - ANF or family Allowances - AF) OR CLAIMANTS FOR SURVIVOR'S BENEFITS OTHER THAN SPOUSE. IF YOU ARE CLAIMING ITALIAN FAMILY BENEFITS PLEASE FILL IN: SECTION II NO. 4 AND SECTION IV NO. 8-9-10-11-12.  
DA COMPILARE NEL CASO CHE ESISTANO PERSONE PER LE QUALI SI RICHIEDONO PRESTAZIONI FAMILIARI (Assegno per il Nucleo Familiare - ANF o Assegni Familiari - AF) OVVERO RICHIEDENTI LA PENSIONE AI SUPERSTITI DIVERSI DAL CONIUGE. IN CASO DI RICHIESTA DI PRESTAZIONI FAMILIARI ITALIANE (ANF/AF) COMPILARE: SEZIONE II N.4 E SEZIONE IV N. 8-9-10-11-12.

(a) SURNAME AND GIVEN NAMES COGNOME E NOME	RELATIONSHIP TO WORKER* GRADO DI PARENTELA COL LAVORATORE*	DATE OF BIRTH DATA DI NASCITA DAY / MONTH / YEAR GIORNO / MESE / ANNO	INDICATE WHETHER STUDENT OR DISABLED** INDICARE SE "STUDENTE" O "INABILE**"

(b) LIST THE NAMES AND ADDRESS OF EACH DEPENDENT (if claiming for AF) OR MEMBER OF THE FAMILY UNIT (if claiming for ANF) SHOWN IN 4 (a) WHO IS NOT PRESENTLY LIVING WITH THE WORKER OR WHO WAS NOT LIVING WITH THE WORKER AT THE TIME OF DEATH  
INDICARE NOME E INDIRIZZI DI CIASCUN FAMILIARE A CARICO (se si tratta di richiesta di AF) O COMPONENTE IL NUCLEO FAMILIARE (se si tratta di richiesta di ANF) INDICATO AL PUNTO 4 (a) CHE ATTUALMENTE NON CONVIVA CON IL LAVORATORE O CHE NON CONVIVESSE CON IL LAVORATORE ALLA DATA DEL DECESSO DEL MEDESIMO

SURNAME AND GIVEN NAME - COGNOME E NOME	ADDRESS - INDIRIZZO

(\*) In case of separation / divorce / dissolution of civil union, please attach a copy of the relevant judge decree granting legal child custody.  
In caso di separazione / divorzio / scioglimento da unione civile, allegare copia della sentenza dalla quale risulti l'affidamento dei figli.

(\*\*) If disabled, submit medical certificate. In Italy employed workers receive family unit benefits for children (or equivalent) under 18 or from 18 to 21, if they are students or apprentices, where the family unit is made up of more than three children or equivalent, aged less than 26. For self-employed workers the age limit is 26 if still studying: in this case please submit certificate of school attendance. If attending a college or University, the certificate must show the date of enrollment at the first year as well as the duration of the study course leading to a degree. In case of apprentices, please attach a copy of the relevant vocational training contract.  
Please note that the definition "equivalent to legitimate or legitimized children" includes: adoptive, foster and natural children, children of spouse who became part of the applicant's household, dependent grandchildren belonging to the applicant's household.

Per gli inabili allegare certificato medico. Gli assegni al nucleo familiare (ANF) per i figli (o equiparati) di lavoratori dipendenti sono concessi in Italia fino all'età di 18 anni o da 18 a 21 anni, purché studenti o apprendisti, se il nucleo familiare è composto da più di tre figli, o equiparati, di età inferiore ai 26 anni. Per i figli (o equiparati) studenti di lavoratori autonomi gli assegni familiari sono concessi anche oltre i 18 anni e sino all'età di 26 anni; in questi casi è necessario allegare certificato di frequenza scolastica. Se trattasi di frequenza ad un "college" o ad una università il certificato deve indicare la data di iscrizione al primo anno nonché la durata del corso legale di laurea. Se si tratta di apprendisti, allegare copia del contratto di apprendistato.

N.B. Gli equiparati ai figli legittimi o legittimati sono: i figli adottivi, gli affiliati, i figli naturali legalmente riconosciuti o giudizialmente dichiarati, i figli nati da precedente matrimonio dell'altro coniuge, i minori affidati a norma di legge ed i nipoti minori viventi a carico di ascendente diretto.



8. DO YOU OR YOUR SPOUSE / PARTNER IN CIVIL UNION RECEIVE INCOME FROM EMPLOYMENT, SELF EMPLOYMENT OR FROM ANY OTHER SOURCES?  
IL RICHIEDENTE O IL CONIUGE / PARTNER UNITO CIVILMENTE PERCEPISCE REDDITI DERIVANTI DA LAVORO SUBORDINATO, DA LAVORO AUTONOMO O DA ALTRE FONTI?

IF YES, COMPLETE THE SECTION BELOW WITH THE INCOME AMOUNT IN THE CURRENCY OF THE COUNTRY WHERE IT IS EARNED:  
IN CASO AFFERMATIVO, INDICARE L'IMPORTO DEI REDDITI E LA VALUTA DEL PAESE NEL QUALE VENGONO PRODOTTI:

Yes  
Si  No  
No

TYPE OF INCOME TIPO DI REDDITO	PAYMENT PERIODS RIFERIMENTO TEMPORALE	CLAIMANT RICHIEDENTE	SPOUSE / PARTNER IN CIVIL UNION CONIUGE / PARTNER UNITO CIVILMENTE
INCOME FROM EMPLOYMENT REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE	Current year Anno corrente 20 ____		
	Previous year Anno precedente 20 ____		
	Previous year Anno precedente 20 ____		
INCOME FROM SELF-EMPLOYMENT PROFESSIONAL OR BUSINESS INCOME  REDDITI DA LAVORO AUTONOMO, PROFESSIONALE E DI PARTECIPAZIONE	Current year Anno corrente  ----- From the month of Dal mese di  ----- To the month of Al mese di  -----		
	Previous year Anno precedente  ----- From the month of Dal mese di  ----- To the month of Al mese di  -----		
	Previous year Anno precedente  ----- From the month of Dal mese di  ----- To the month of Al mese di  -----		
RENTAL INCOME FROM CLAIMANT / PARTNER IN CIVIL UNION / SPOUSE'S HOME REDDITI DELLA CASA DI ABITAZIONE DEL RICHIEDENTE / PARTNER UNITO CIVILMENTE / CONIUGE	Current year Anno corrente 20 ____		
	Previous year Anno precedente 20 ____		
PROPERTY (except for the claimant's home) AND RENTAL INCOME REDDITI DA IMMOBILI (escluso il reddito della casa di abitazione)	Current year Anno corrente 20 ____		
	Previous year Anno precedente 20 ____		
	Previous year Anno precedente 20 ____		
INCOME FROM CAPITAL GAINS REDDITI DA CAPITALE	Current year Anno corrente 20 ____		
	Previous year Anno precedente 20 ____		
	Previous year Anno precedente 20 ____		
INCOME FROM ARREARS REFERRING TO PREVIOUS YEARS (except for severance pay and the relevant pre payments and arrears) REDDITI DA ARRETRATI RIFERITI AD ANNI PRECE- DENTI (esclusi i trattamenti di fine rapporto e le relative anticipazioni e competenze arretrate)	Current year Anno corrente 20 ____		
	Previous year Anno precedente 20 ____		
	Previous year Anno precedente 20 ____		
INCOME FROM ANNUITIES REDDITI DA VITALIZI	Current year Anno corrente 20 ____		
	Previous year Anno precedente 20 ____		
	Previous year Anno precedente 20 ____		
INCOME FROM WELFARE ALLOWANCES REDDITI DA ASSISTENZIALI	Current year Anno corrente 20 ____		
	Previous year Anno precedente 20 ____		
	Previous year Anno precedente 20 ____		

9. DO YOU OR YOUR SPOUSE / PARTNER IN CIVIL UNION RECEIVE ANY OTHER SOCIAL SECURITY BENEFITS?  
IL RICHIEDENTE O IL CONIUGE / PARTNER UNITO CIVILMENTE PERCEPISCE ALTRE PRESTAZIONI?

 Yes  
Si

 No  
No

IF YES, PLEASE INDICATE THE TYPE OF BENEFIT \* AND THE RELEVANT AMOUNT\*\* IN THE CURRENCY OF THE COUNTRY OF THE PAYING INSTITUTION:  
NEL CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA INDICARE IL TIPO DI PRESTAZIONE \* E IL RELATIVO IMPORTO\*\* NELLA VALUTA DEL PAESE DELL'ISTITUZIONE DEBITRICE:

	BENEFITS PAID BY SERVICE CANADA *** PRESTAZIONI EROGATE DAL SERVICE CANADA***		BENEFITS PAID BY INPS, INPGI OR INAIL*** PRESTAZIONI EROGATE DALL'INPS, INPGI O INAIL***		BENEFITS PAID BY OTHER COUNTRIES*** PRESTAZIONI EROGATE DA ALTRI PAESI (diversi da Canada e Italia) ***	
APPLICANT RICHIEDENTE	*	**	*	**	*	**
	*	**	*	**	*	**
SPOUSE / PARTNER IN CIVIL UNION CONIUGE / PARTNER UNITO CIVILMENTE	*	**	*	**	*	**
	*	**	*	**	*	**

Year of reference:  
Anno di riferimento: -----

Starting date of payment:  
Data di decorrenza  
del pagamento: -----

Frequency of payment:  
Frequenza del pagamento:

 Weekly  
Settimanale

 Monthly  
Mensile

 Other  
Altro -----

\* Type of benefit:

- (a) - Remuneration in the event of sickness  
(b) - Sickness insurance benefits for incapacity for work  
(c) - Disability pension  
(d) - Old age pension  
(e) - Survivor's pension  
(f) - Pension for accident at work or occupational disease  
(g) - Unemployment benefit  
(h) - Other (specify)

\* Tipo di prestazione:

- (a) - Pagamento della retribuzione in caso di malattia  
(b) - Indennità dell'assicurazione malattia  
(c) - Pensione d'inabilità  
(d) - Pensione di vecchiaia  
(e) - Pensione ai superstiti  
(f) - Rendita per infortunio sul lavoro o malattia professionale  
(g) - Indennità di disoccupazione  
(h) - Altro (specificare)

\*\*\* NAME OF THE PAYING SOCIAL SECURITY INSTITUTION  
NOME DELL'ISTITUZIONE DI SICUREZZA SOCIALE

-----  
-----  
-----

Address  
Indirizzo

-----  
-----  
-----

10. IF YOU ARE CLAIMING FAMILY BENEFITS (ANF/AF), PLEASE FILL IN THE PRESENT SECTION:  
IN CASO DI RICHIESTA DI PRESTAZIONI FAMILIARI (ANF/AF) COMPILARE LA SEGUENTE SEZIONE:

DO YOUR CHILDREN RECEIVE INCOME FROM EMPLOYMENT, SELF EMPLOYMENT OR FROM ANY OTHER SOURCES?  
I FIGLI PERCEPISCONO REDDITI DERIVANTI DA LAVORO SUBORDINATO, DA LAVORO AUTONOMO O DA ALTRE FONTI?

 Yes  
Si

 No  
No

IF YES, COMPLETE THE SECTION BELOW WITH THE INCOME AMOUNT IN THE CURRENCY OF THE COUNTRY WHERE IT IS EARNED:  
IN CASO AFFERMATIVO, INDICARE L'IMPORTO DEI REDDITI E LA VALUTA DEL PAESE NEL QUALE VENGONO PRODOTTI:

TYPE OF INCOME TIPO DI REDDITO	PAYMENT PERIOD RIFERIMENTO TEMPORALE	CHILD FIGLIO	CHILD FIGLIO	CHILD FIGLIO
INCOME FROM EMPLOYMENT REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE	Current year Anno corrente 20 ____			
	Previous year Anno precedente 20 ____			
INCOME FROM SELF-EMPLOYMENT PROFESSIONAL OR BUSINESS INCOME REDDITI DA LAVORO AUTONOMO, PROFESSIONALE E DI PARTECIPAZIONE	Current year Anno corrente 20 ____			
	Current year Anno corrente 20 ____			
RENTAL INCOME FROM HOME REDDITI DELLA CASA DI ABITAZIONE	Current year Anno corrente 20 ____			
	Previous year Anno precedente 20 ____			



**12.** DO YOU OR YOUR SPOUSE / PARTNER IN CIVIL UNION / FORMER SPOUSE / COMMON-LAW PARTNER / LEGAL PARENT RECEIVE A CANADIAN CHILD BENEFIT, OTHER THAN ONE UNDER THE CANADA PENSION PLAN, FOR ANY OF THE FAMILY MEMBERS LISTED UNDER SECTION II No. 4? IL RICHIEDENTE O IL CONIUGE / PARTNER UNITO CIVILMENTE / EX CONIUGE / CONVIVENTE DE FACTO / ALTRO GENITORE PERCEPISCE PRESTAZIONI FAMILIARI CANADESI DIVERSE DA QUELLE EROGATE IN BASE AL CPP PER LE PERSONE ELENATE ALLA SEZIONE II N. 4?

Yes  
Si

No  
No

IF YES, INDICATE – NEL CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA INDICARE

SURNAME AND GIVEN NAME(S) OF FAMILY MEMBER COGNOME E NOME DEL FAMILIARE	NAME OF INSURANCE INSTITUTE OR GOVERNMENT AGENCY DENOMINAZIONE DELL'ISTITUTO EROGATORE	AMOUNT OF MONTHLY BENEFITS IMPORTO MENSILE DELLA PRESTAZIONE

**SECTION V / SEZIONE V**

**13.** PERIODS OF EMPLOYMENT OR SELF-EMPLOYMENT COVERED BY THE INSURANCE SYSTEM OF ITALY\*  
PERIODI DI LAVORO SUBORDINATO O AUTONOMO COPERTI DAL SISTEMA PREVIDENZIALE ITALIANO\*

PERIODS OF WORK COVERED BY ITALY PERIODI DI ATTIVITA' LAVORATIVA COPERTI DALL'ASSICURAZIONE ITALIANA						PLACE OF WORK LUOGO DI LAVORO (City Province and Region Comune Provincia e Regione)	TYPE OF WORKING ACTIVITY TIPO DI ATTIVITÀ	SOCIAL SECURITY SCHEME OF AFFILIATION REGIME DI SICUREZZA SOCIALE	SOCIAL SECURITY NUMBER N. DI SICUREZZA SOCIALE
FROM - DAL			TO - AL						
DAY GIORNO	MONTH MESE	YEAR ANNO	DAY GIORNO	MONTH MESE	YEAR ANNO				

**Note/Nota**

- \* In case of claiming a survivor's pension, please state periods of work of the deceased.  
Please submit any documentation relating to periods of employment or insurance (personal card, insurance, card, working papers, pay packet, etc.)  
In case of periods comparable to periods of work (i.e. military service, illness, etc) submit documentation.  
Nel caso di periodi assimilabili a periodi di lavoro (p. es.: servizio militare, malattia, ecc.) allegare documentazione.  
In caso di domanda di pensione ai superstiti indicare i periodi di lavoro del lavoratore deceduto.  
Allegare eventuale documentazione attestante l'attività lavorativa o documento assicurativo (libretto personale, tessera assicurativa, libretto di lavoro, busta paga, ecc.)

**14.** PERIODS OF DUAL COVERAGE – PERIODI DI DOPPIA COPERTURA ASSICURATIVA

WERE ANY PERIODS OF EMPLOYMENT OR SELF-EMPLOYMENT SHOWN IN NUMBER 13 ALSO COVERED BY THE SOCIAL SECURITY SYSTEM OF CANADA (i.e. contributions were paid **at the same time to both** Countries for the same work)?

INDICARE SE ALCUNI DEI PERIODI DI LAVORO SUBORDINATO O AUTONOMO PROPRIO ELENCATI AL N. 13 RISULTANO COPERTI ANCHE DAL SISTEMA PREVIDENZIALE DEL CANADA (es.: una stessa attività lavorativa ha dato luogo **contemporaneamente** a contribuzione **in ambedue gli Stati**):

Yes  
Si

No  
No

IF YES, INDICATE – NEL CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA INDICARE:

PERIODS OF WORK COVERED BY THE SOCIAL SECURITY SYSTEM OF BOTH COUNTRIES * PERIODI DI ATTIVITA' LAVORATIVA COPERTI DAL SISTEMA PREVIDENZIALE DI ENTRAMBI GLI STATI *						NAME AND ADDRESS OF THE EMPLOYER (Street, number, city and province) IF SELF-EMPLOYED PRINT "SELF" NOME E INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO (Via, numero, città, provincia) NEL CASO DI LAVORO AUTONOMO INDICARE "IN PROPRIO"	
FROM - DAL			TO - AL				
DAY GIORNO	MONTH MESE	YEAR ANNO	DAY GIORNO	MONTH MESE	YEAR ANNO		

**Note/Nota**

- \* In case of similar employment in Italy and Canada in one of the following activities, please attach a statement from the Canadian employer (business managers, employee of electricity, telephone, gas, public transport companies, journalists, entertainers, miners, etc.) For miners, the employer's statement must specify whether the periods of work were done above or under ground.  
Allegare dichiarazioni del datore di lavoro in caso di svolgimento sia in Italia che in Canada di una delle seguenti attività (dirigente d'azienda, dipendenti di aziende per l'elettricità, il telefono, il gas, i trasporti pubblici, i giornalisti, i lavoratori dello spettacolo, i minatori, ecc.) Per i minatori la dichiarazione del datore di lavoro deve indicare inoltre i periodi svolti in superficie e nel sottosuolo.





**SECTION VIII / SEZIONE VIII**

**25.** FOR SERVICE CANADA OFFICE USE ONLY - RISERVATO ALL'UFFICIO CANADESE RICEVENTE

TO BE COMPLETED BY S.C.  
DA COMPILARE DA PARTE DEL S.C.

DATE OF RECEIPT OF CLAIM  
LA DOMANDA È PERVENUTA IL

I certify that the claimant's personal details transcribed in this form have been verified by S.C.  
Si attesta che i dati personali riportati nel presente formulario sono stati verificati dal S.C.

PLACE AND DATE / LUOGO E DATA

-----  
Official stamp and signature International Operations  
Timbro e firma Operazioni Internazionali