

Certificado de desplazamiento temporal
Certificado de deslocamento temporário

Trabajadores que ejercen una actividad por cuenta propia o no dependiente
 Trabalhadores que exercem uma atividade por conta própria ou independente

Aplicación del apartado b) del artículo 10 del Convenio y 8 del Acuerdo
Aplicação do alinea b) do artigo 10 do Convenção e 8 do Acordo

A cumplimentar por el trabajador / A preencher pelo trabalhador

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 Trabajador (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 / Nº de Telefone: _____					
Correo electrónico/E-mail: _____					
Otras informaciones/Outras Informações (5):					

II Datos de la actividad laboral que desarrolla en el país de origen
Dados da atividade trabalhista que desenvolve no país de origem

El trabajador ejerce la siguiente actividad, no dependiente /
O trabalhador exerce a seguinte atividade, independente:

III Datos del desplazamiento
Dados do deslocamento

Período de desplazamiento que se solicita / Período de deslocamento solicitado:
Desde _____ hasta / até _____

Lugar y fecha de la suscripción de la solicitud por parte del trabajador/
Local e data da assinatura da solicitação por parte do trabalhador

Firma del trabajador/ Assinatura do trabalhador

A cumplimentar por la Autoridad Competente del País de Origen
A preencher pela Autoridade competente do país de origem

IV Autoridad competente, Institución Competente u Organismo del País a cuya Legislación está sometido el trabajador

Autoridade competente, Instituição Competente ou Organismo de Ligação do país a cuja legislação o trabalhador está sujeito

CERTIFICADO/CERTIFICAÇÃO

Denominación / Denominação:	
DIRECCIÓN PROVINCIAL DE LA TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL	
Dirección / Endereço:	
GRAN VÍA, 89, 7º - 48011 BILBAO (BIZKAIA)	
<p>Certifica que el trabajador identificado en el punto <i>I</i> de este formulario queda sometido a la legislación del país de origen, en virtud del apartado b) del artículo 10 del Convenio y 8 del Acuerdo / Certifica que o trabalhador identificado no quadro <i>I</i> deste formulário fica submetido a legislação do país de origem, em virtude do parágrafo b) do artigo 10 do Convênio e 8 do Acordo,</p> <p style="text-align: center;">desde _____ hasta / até _____</p>	
Sello / Carimbo	Lugar y fecha / Local e data: _____
	Firma / Assinatura _____

País de Origen / País de Origem:

País de Destino / País de Destino:

Instrucciones:

- El formulario deberá cumplimentarse en tres ejemplares en caracteres de imprenta.
- Deberá ser presentado ante el Organismo de Enlace o Institución Competente del Estado Parte de origen, con 20 días de antelación mínima a la fecha prevista del traslado.
- El Organismo de Enlace o Institución Competente del país asegurador expedirá los formularios a petición del trabajador, previo consentimiento de la Autoridad Competente del país de origen, remitiendo uno al solicitante y otro al Organismo de Enlace y a la Institución Competente del país de destino.
- El trabajador conservará el formulario con objeto de acreditar su situación frente a la Seguridad Social en el país de destino.

Instruções:

- O formulário deverá ser preenchido em três vias em letra de forma.
- Deverá ser apresentado perante o Organismo de Ligação ou Instituição Competente do Estado Parte de origem, com 20 dias de antecedência mínima à data prevista do deslocamento.
- O Organismo de Ligação ou Instituição Competente do país asegurador de filiação do trabalhador expedirá o certificado a pedido do trabalhador, com o consentimento da autoridade competente do país de origem, remetendo uma ao solicitante e outro à Organismo de Ligação ou Instituição Competente do país de destino.
- O trabalhador conservará o certificado com o objetivo de comprovar sua situação em 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 pai 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