



PROTOCOLLO



Domanda di congedo straordinario per assistere figli o affidati disabili in situazione di gravità - 1/5

(art. 42 comma 5 Testo Unico sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001, come modificato dalla Legge n. 350/2003)

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

ALL'UFFICIO INPS DI

ALL'AZIENDA

Via n.

IL DATORE DI LAVORO E' AUTORIZZATO AL PAGAMENTO SOLO SE SUL MODULO E' PRESENTE IL NUMERO DI PROTOCOLLO INPS

Genitore o affidatario richiedente

COGNOME NOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

A PROV. STATO

CITTADINANZA

RESIDENTE IN PROV. STATO

INDIRIZZO CAP

TELEFONO* CELLULARE*

INDIRIZZO E-MAIL*

Chiedo

- di usufruire del congedo straordinario spettante ai genitori o affidatari di persone disabili in situazione di gravità della relativa indennità (art. 42 T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo Nr. 151/2001)
- il pagamento diretto da parte dell'Inps dell'indennità, in quanto operaio agricolo

Periodi di congedo richiesti

Chiedo di poter usufruire dei congedi straordinari, con pagamento della relativa indennità, nei seguenti periodi:

dal al dal al

dal al dal al

dal al dal al

* Dati facoltativi

INPS



Domanda di congedo straordinario per assistere figli o affidati disabili in situazione di gravità - 2/5

● Dichiaro

- che mio figlio/a disabile in situazione di gravità non è ricoverato/a a tempo pieno
- che mio figlio/a disabile in situazione di gravità non è coniugato/a o non convive con il coniuge
- che il coniuge di mio figlio/a disabile in situazione di gravità non svolge attività lavorativa o è lavoratore autonomo
- di essere a conoscenza della rinuncia del coniuge di mio figlio/a disabile in situazione di gravità a fruire del congedo straordinario retribuito negli stessi periodi da me richiesti
- che altri familiari hanno già usufruito di n. _____ giorni di congedo straordinario per assistere mio/a figlio/a disabile in situazione di gravità
- di svolgere attività lavorativa alle dipendenze dell'Azienda indicata nella prima pagina
 - matricola Inps dell'Azienda (per le aziende agricole indicare partita IVA o codice fiscale) _____
 - settore di appartenenza (industria, artigianato, terziario, servizi, agricoltura, ecc.) _____
 - qualifica (impiegato, operaio, ecc.) _____
 con contratto a tempo indeterminato a tempo determinato con scadenza il _____
 a part time verticale _____ periodi di prevista attività di lavoro: dal _____ al _____
- di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto
 dal _____ al _____ gg. _____ - dal _____ al _____ gg. _____
 dal _____ al _____ gg. _____ - dal _____ al _____ gg. _____
 presso l'Azienda/Ente _____
 via _____ n. _____
 città _____ matricola aziendale n. _____
- di aver già usufruito di congedi straordinari non retribuiti "per gravi e documentati motivi familiari"
 (art. 4, comma 2, Legge n. 53/2000)
 dal _____ al _____ gg. _____ - dal _____ al _____ gg. _____
 dal _____ al _____ gg. _____ - dal _____ al _____ gg. _____
 presso l'Azienda/Ente _____
 via _____ n. _____
 città _____ matricola aziendale n. _____

consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste

data _____ firma _____

Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato, la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento di riconoscimento

In caso di adozione/affidamento

data del provvedimento di adozione/affidamento _____ (gg/mm/aaaa)
 rilasciato dal tribunale di _____ provvedimento n. _____

● Dati della persona disabile in situazione di gravità

Cognome _____ Nome _____ Codice fiscale _____
 Nato il (gg/mm/aaaa) _____ A _____ Prov. _____ Stato _____
 Cittadinanza _____ Residente in _____ Prov. _____
 Stato _____ Indirizzo _____ C.A.P. _____



Domanda di congedo straordinario per assistere figli o affidati disabili in situazione di gravità - 3/5

● Dichiaro (solo se maggiorenne)

- di essere figlio o affidato del richiedente dal quale intendo essere assistito
- di essere in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla Commissione (art. 4, comma 1, della legge n.104/1992) di
- di non essere ricoverato a tempo pieno
- che non presterò attività lavorativa nei periodi di congedo fruiti dal richiedente

data

firma

Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato, la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento di riconoscimento

● Dichiarazione del familiare del disabile in situazione di gravità che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute

io sig. ho prestato questa dichiarazione in qualità di (grado di parentela) del disabile che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute.

Firma del familiare

Attesto che tale dichiarazione è stata resa dal sig. (estremi di un documento di riconoscimento)

il quale ha altresì dichiarato di essere (grado di parentela) del disabile che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute.

.....
Luogo e data

.....
Timbro o firma dell'addetto

Dichiarazione del disabile in situazione di gravità che non sa o non può firmare

Attesto che tale dichiarazione è stata resa in mia presenza dal dichiarante, identificato mediante (estremi di un documento di riconoscimento)

il quale mi ha altresì dichiarato che non sa firmare che non può firmare a causa di un impedimento

.....
Luogo e data

.....
Timbro o firma dell'addetto



Domanda di congedo straordinario per assistere figli o affidati disabili in situazione di gravità - 4/5

● Dati e dichiarazione del tutore / curatore / amministratore di sostegno

Cognome _____ Nome _____ Codice fiscale _____

Nato il (gg/mm/aaaa) _____ A _____ Residente in _____

Indirizzo _____ C.A.P. _____

Telefono _____ Cellulare _____

Indirizzo e-mail _____

nella sua qualità di: tutore curatore amministratore di sostegno

Se l'interessato è soggetto a tutela, a curatela o ad amministrazione di sostegno, la presente dichiarazione è resa e sottoscritta rispettivamente dal tutore o dall'interessato con l'assistenza del curatore o dell'amministratore di sostegno (art.5 del DPR 445/2000)

● Dati del disabile in situazione di gravità

Cognome _____ Nome _____ Codice fiscale _____

Nato il (gg/mm/aaaa) _____ A _____ Residente in _____

Indirizzo _____ C.A.P. _____

● Dichiaro che il disabile in situazione di gravità

- é figlio/a del richiedente dal quale intende essere assistito
- è in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla Commissione (art. 4, comma 1, della legge n. 104/1992) di _____
- non è ricoverato a tempo pieno
- non presterà attività lavorativa nei periodi di congedo fruiti dal richiedente

firma _____

● Documentazione allegata (da non presentare se già allegata a precedenti domande di permessi ex legge 104/92)

- Certificato rilasciato dalla competente Commissione attestante lo stato di handicap in situazione di gravità
- Copia del decreto di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno.
- Altro (indicare) _____

firma _____

● Detrazioni d'imposta (articolo 23 del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 600 e successive modifiche e integrazioni)

- non chiedo alcuna detrazione
- chiedo le detrazioni per lavoro dipendente e assimilati (di cui all'art 13 del TUIR del DPR 917/1986)
- chiedo le detrazioni per carichi di famiglia (di cui all'art 13 del TUIR del DPR 917/1986)
(obbligatorio presentare il modello MV10 (disponibile sul sito www.inps.it))

● Modalità di pagamento (in caso di pagamento diretto)

- bonifico presso ufficio postale di _____
- accredito sul conto corrente bancario o postale
Codice IBAN _____
composto da 27 caratteri

● Delega al Patronato

Delego il patronato _____

presso il quale eleggo domicilio (ai sensi dell'articolo 47 del codice civile) a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente nei confronti di Inps, per la trattazione della presente domanda.

Firma dell'operatore del Patronato _____



Domanda di congedo straordinario per assistere figli o affidati disabili in situazione di gravità - 5/5

Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti.

Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

Data _____

Firma _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'Inps con sede in Roma, via Ciriaco De Mita, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto.

I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.

L'Inps la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di una agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.