



PROTOCOLLO



Domanda di permessi per lavoratore disabile in situazione di gravità - 1/4

(art. 33 comma 6 legge 104/1992)

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

ALL'UFFICIO INPS DI

ALL'AZIENDA

Via n.

matricola Inps dell'Azienda (per le aziende agricole indicare partita IVA o codice fiscale)

settore di appartenenza (industria, artigianato, terziario, servizi, agricoltura ecc.)

Coniuge 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 delle ore di permesso giornaliere (articolo 33 comma 6 legge 104/1992)
dal al dal al

di usufruire dei giorni di permesso mensile (articolo 33 comma 6 legge 104/1992)
dal al

il pagamento diretto da parte dell'Inps dell'indennità, in quanto operaio agricolo

* Dati facoltativi





Domanda di permessi per lavoratore disabile in situazione di gravità - 2/4

(art. 33 comma 6 legge 104/1992)

Dichiaro

- di svolgere attività lavorativa a tempo pieno alle dipendenze dell'Azienda indicata nella prima pagina con qualifica di *(impiegato, operaio, ecc.)*
- di svolgere l'attività lavorativa a part time
 - orizzontale verticale: numero giorni lavorativi n. giorni di lavoro effettivi
- di svolgere un orario giornaliero di lavoro pari a ore
- di essere in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla Commissione (articolo 4 comma 1 legge 104/1992) di

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

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 permessi per lavoratore disabile in situazione di gravità - 3/4

(art. 33 comma 6 legge 104/1992)

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).

Dichiaro che il disabile in situazione di gravità

svolge attività lavorativa a tempo pieno alle dipendenze dell'Azienda indicata nella prima pagina con qualifica di
(impiego, operaio, ecc.) _____

svolge l'attività lavorativa a part time

orizzontale verticale: numero giorni lavorativi _____ n. giorni di lavoro effettivi _____

svolge un orario giornaliero di lavoro pari a ore _____

è in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla Commissione (articolo 4 comma 1 legge 104/1992)

di _____

data _____ 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) _____

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 _____

Conto corrente bancario o postale - Libretto postale - INPS card - Carte di pagamento dotate di IBAN

CODICE IBAN

(composto da 27 caratteri)

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



Domanda di permessi per lavoratore disabile in situazione di gravità - 4/4

(art. 33 comma 6 legge 104/1992)

● 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 _____

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.