

PROTOCOLLO



## Domanda di congedo straordinario per assistere figli o affidati disabili in situazione di gravità - 1/6

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

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



## Domanda di congedo straordinario per assistere figli o affidati disabili in situazione di gravità - 2/6

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

### Dichiaro

- che mio figlio/a disabile in situazione di gravità non è ricoverato/a a tempo pieno
- che mio/a figlio/a disabile in situazione di gravità è ricoverato/a a tempo pieno ma è stata richiesta dai sanitari della struttura la mia presenza (allego documentazione)
- che mio/a figlio/a disabile in situazione di gravità (1)
  - non è coniugato/a o non convive con il coniuge       è coniugato/a, ma il coniuge è affetto da patologia invalidante (2)
  - è vedovo/a       è stato/a coniugato/a, ma il coniuge è deceduto
  - è separato/a legalmente o divorziato/a (3)       è coniugato/a, ma in situazione di abbandono(4)

● dati del coniuge della persona disabile in situazione di gravità:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Nato/a il (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

- che nessun altro familiare beneficia dei permessi ex legge 104/92 per la stessa persona disabile in situazione di gravità
- che l'altro genitore beneficia dei permessi giornalieri per la stessa persona disabile in situazione di gravità anche alternativamente con il sottoscritto,
- 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. \_\_\_\_\_

(1) Ai fini del diritto alla fruizione dei permessi è sufficiente la sussistenza di una delle condizioni elencate.  
 (2) Per patologie invalidanti si intendono soltanto quelle, a carattere permanente, indicate dall'art. 2 del Decreto Interministeriale n. 278 del 21/7/2000. In tale caso deve essere allegata, in busta chiusa indirizzata al UOC/UOS territorialmente competente, idonea documentazione del medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato o del medico di medicina generale o della struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico.  
 (3) In tale ipotesi è necessario allegare copia del provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di separazione o divorzio.  
 (4) In tale caso è necessario allegare copia della documentazione dell'autorità giudiziaria o di altra pubblica autorità da cui risulti lo stato giuridico di abbandono.





## Domanda di congedo straordinario per assistere figli o affidati disabili in situazione di gravità - 3/6

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

**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. ....

### ● Dichiaro (solo se maggiorenne)

- di essere figlio/a o affidato/a del richiedente dal quale intendo essere assistito/a
- 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 a tempo pieno
- di essere ricoverato/a a tempo pieno ma che è stata richiesta dai sanitari della struttura la presenza di mio/a padre/madre (allego documentazione)
- che non presterò attività lavorativa durante i periodi di congedo fruiti dal richiedente
- che presterò attività lavorativa durante i 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*



## Domanda di congedo straordinario per assistere figli o affidati disabili in situazione di gravità - 4/6

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

### ● 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 \_\_\_\_\_

Spazio riservato al Pubblico Ufficiale

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 - 5/6

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

### 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

- é figlio/a del richiedente dal quale intende essere assistito/a
- è in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla Commissione (art. 4, comma 1, della legge n.104/2000).  
di \_\_\_\_\_
- non è ricoverato a tempo pieno
- non presterà attività lavorativa nei periodi di congedo fruiti dal richiedente
- presenterà 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 \_\_\_\_\_
- 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

\* Dati facoltativi



## Domanda di congedo straordinario per assistere figli o affidati disabili in situazione di gravità - 6/6

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

### ● 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 all'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 \_\_\_\_\_

