



PROTOCOLLO



Domanda di congedo straordinario per assistere il fratello o la sorella disabile 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

Fratello / Sorella 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 fratelli o alle sorelle di persona disabile in situazione di gravità e della relativa indennità (art. 42 T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 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 _____

Dichiarazione del fratello o della sorella richiedente

Dichiaro:

- di essere convivente con mio/a fratello/sorella disabile in situazione di gravità
- che mio/a fratello/sorella disabile in situazione di gravità non è ricoverato a tempo pieno
- che mio/a fratello/sorella disabile in situazione di gravità è ricoverato/a a tempo pieno ma è stata richiesta dai sanitari della struttura la mia presenza (allego documentazione)

* Dati facoltativi



Domanda di congedo straordinario per assistere il fratello o la sorella disabile 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)

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

che mio/a fratello/sorella disabile in situazione di gravità **(1)**

- non è coniugato/a o non convive con il coniuge
- è vedovo/a;
- è coniugato/a, ma il coniuge è affetto da patologia invalidante **(2)**
- è stata coniugata, 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 il padre di mio/a fratello/sorella disabile in situazione di gravità **(5)** :

- è affetto da patologie invalidanti **(2)**
- è deceduto
- ha abbandonato mio/a fratello/sorella **(4)**
- non ha riconosciuto mio/a fratello/sorella

dati del padre della persona disabile in situazione di gravità:

Cognome _____ Nome _____ Codice fiscale _____
Nato il (gg/mm/aaaa) _____ A _____ Prov. _____

che la madre di mio/a fratello/sorella disabile in situazione di gravità **(5)** :

- è affetta da patologie invalidanti **(2)**
- è deceduta
- ha abbandonato mio/a fratello/sorella **(4)**
- non ha riconosciuto mio/a fratello/sorella

dati della madre della persona disabile in situazione di gravità:

Cognome _____ Nome _____ Codice fiscale _____
Nata il (gg/mm/aaaa) _____ A _____ Prov. _____

- che mio/a fratello/sorella disabile in situazione di gravità non ha figli con lui/lei conviventi
- che i figli conviventi di mio/a fratello/sorella disabile in situazione di gravità sono affetti da patologie invalidanti **(2)**

dati dei figli conviventi della persona disabile in situazione di gravità:

Cognome _____ Nome _____ Codice fiscale _____
Nato il (gg/mm/aaaa) _____ A _____ Prov. _____
Cognome _____ Nome _____ Codice fiscale _____
Nato il (gg/mm/aaaa) _____ A _____ Prov. _____

- (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.
- (5) Per entrambi i genitori deve sussistere una delle condizioni elencate.

INPS



Domanda di congedo straordinario per assistere il fratello o la sorella disabile 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)

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

- che nessun altro familiare beneficia dei permessi ex legge 104/92 per la stessa persona disabile in situazione di gravità
- che altri familiari (diversi dal richiedente) di mio/a fratello/sorella hanno già usufruito complessivamente di n. _____ giorni di congedo straordinario retribuito per la stessa persona 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





Domanda di congedo straordinario per assistere il fratello o la sorella disabile 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)

Dati e dichiarazione del fratello o della sorella disabile

Cognome _____ Nome _____ Codice fiscale _____
Nato il (gg/mm/aaaa) _____ A _____ Residente in _____
Indirizzo _____ C.A.P. _____
Telefono* _____ Cellulare* _____
Indirizzo e-mail* _____

Dichiaro (in caso di soggetto maggiorenne)

- di essere fratello / sorella del richiedente con il quale convivo e dal quale intendo essere assistito/a
- di essere in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla competente Commissione (art. 4, comma 1, della legge n.104/1992) di _____
- di non essere ricoverato/a a tempo pieno
- di essere ricoverato a tempo pieno ma che è stata richiesta dai sanitari della struttura la presenza di mio/a fratello/sorella (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

* Dati facoltativi

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 e firma dell'addetto

Dichiarazione del disabile 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 e firma dell'addetto



Domanda di congedo straordinario per assistere il fratello o la sorella disabile 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).

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

- è fratello / sorella del richiedente con il quale convive e dal quale intende essere assistito
- è in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla competente Commissione (art. 4, comma 1, della legge n. 104/1992) di _____
- non è ricoverato a tempo pieno
- è ricoverato/a a tempo pieno ma è stata richiesta dai sanitari della struttura la presenza del fratello/sorella *(allego documentazione)*
- non presterà attività lavorativa durante i periodi congedo fruiti dal richiedente
- presterà attività lavorativa durante i periodi 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, 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)

* Dati facoltativi



Domanda di congedo straordinario per assistere il fratello o la sorella disabile 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)

● 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

● 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 _____

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.