

## 10. Domanda di permessi e prolungamento del congedo parentale

### Domanda di permessi per l'assistenza a figli o affidati minorenni in condizione di disabilità grave

(artt. 33 e 42 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. \_\_\_\_\_

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

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

Richiedente

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

NATO/A IL GG/MM/AAAA \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_

PROV. \_\_\_\_\_

STATO \_\_\_\_\_

CITTADINANZA \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_

PROV. \_\_\_\_\_

STATO \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

TELEFONO\* \_\_\_\_\_

CELLULARE\* \_\_\_\_\_

E-MAIL\* \_\_\_\_\_

#### Chiedo

per figli fino a 3 anni di età

- di usufruire dei giorni del prolungamento del congedo parentale (articolo 33 decreto legislativo 151/2001)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

- di usufruire delle ore di permesso giornaliero (articolo 42 comma 1 decreto legislativo 151/2001)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

- pagamento diretto dell'indennità in quanto operaio agricolo

per figli da 3 a 18 anni

- di usufruire dei giorni di permesso mensili (articolo 42 comma 2 decreto legislativo 151/2001)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

- pagamento diretto dell'indennità in quanto di operaio agricolo

\* Dati facoltativi

● **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 part time
  - orizzontale
  - verticale: n. giorni lavorativi \_\_\_\_\_ n. giorni di lavoro effettivi \_\_\_\_\_
- di svolgere un orario giornaliero di lavoro pari a ore \_\_\_\_\_
- che l'altro genitore non beneficia negli stessi periodi dei rposi, dei permessi o del congedo straordinario per lo stesso persona con disabilità grave
- che l'altro genitore beneficia dei permessi ginalieri per la stessa persona con disabilità grave alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di tre giorni complessivi tra i due genitori
- che il disabile non è ricoverato a tempo pieno

**In caso di adozione/affidamento**

- data del provvedimento di adozione/affidamento \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)  
rilasciato dal tribunale di \_\_\_\_\_ provvedimento n. \_\_\_\_\_
- data di ingresso in famiglia \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)  
disposta da (tribunale, servizi sociali ecc.) \_\_\_\_\_ provvedimento n. \_\_\_\_\_
- data di ingresso in Italia (adozione / affidamento internazionale) \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)  
certificata dalla Commissione per le adozioni internazionali provvedimento n. \_\_\_\_\_
- in caso di provvedimento straniero di adozione, data di trascrizione del provvedimento \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)  
nei registri dello stato civile del Comune 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*

● **Dati del minore**

NOME  COGNOME

CODICE FISCALE

NATO/A IL GG/MM/AAAA  SESSO  M  F

A  PROV.  STATO

● **Detrazioni d'imposta**

(articolo 23 del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 600 e successive modifiche e integrazioni)

- non ho diritto alle detrazioni
- ho diritto alle detrazioni - *obbligatorio presentare il modello MV10 (disponibile sul sito [www.inps.it](http://www.inps.it))*

● **Modalità di pagamento** (in caso di pagamento diretto)

- Bonifico domiciliato presso Ufficio postale
- Accredito sul conto corrente bancario o postale (indicare le coordinate bancarie che possono essere rilevate dall'estratto conto bancario)

CODICE IBAN

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

- Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap.
- Altro (indicare) \_\_\_\_\_

● **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 incluse nella domanda e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere dai 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 Ciro il Grande, 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.

Fonte: [www.inps.it/Modulistica](http://www.inps.it/Modulistica)