

12. Domanda di permessi per il lavoratore portatore di handicap

Domanda di permessi per lavoratori in condizione di disabilità grave

(art. 33 comma 6 legge 104/1992)

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

- di usufruire delle ore di permesso giornaliero (articolo 33 comma 6 legge 104/1992)

dal _____ al _____ - dal _____ al _____

dal _____ al _____ - dal _____ al _____

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

dal _____ al _____

- il pagamento diretto dell'indennità in quanto 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 lavorativa a part time
 - orizzontale verticale: numero giorni lavorativi _____ n. giorni di lavoro effettivi _____
- di svolgere un orario giornaliero di lavoro paria a ore _____
- di essere in condizione di disabilità grave (articolo 4 comma 1 legge 104/1992) accertata dalla commissione ASL 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 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

Dati e dichiarazione del tutore / curatore / amministratore di sostegno

NOME	<input type="text"/>	COGNOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
A	<input type="text"/>	RESIDENTE IN	<input type="text"/>
INDIRIZZO	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
TELEFONO	<input type="text"/>	CELLULARE	<input type="text"/>
E-MAIL	<input type="text"/>		

nella sua qualità di: tutore curatore amm.re 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

- svolge attività lavorativa alle dipendenze dell'azienda indicata nella prima pagina con qualifica di _____
- svolge l'attività a part-time
 - orizzontale
 - verticale n.giorni lavorativi _____ n. giorni di lavoro effettivi _____
- svolge un orario giornaliero di lavoro pari a ore _____
- è in condizione di disabilità grave (art. 4, comma 1, della legge n.104/1992) accertata dalla Commissione ASL di _____

firma _____

● **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
- 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 ho diritto alle detrazioni
- ho diritto alle detrazioni - *obbligatorio presentare il modello MV10 (disponibile sul sito www.inps.it)*

● **Modalità di pagamento** (solo 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

● **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.

Fonte: www.inps.it/Modulistica