

13. Domanda di congedo straordinario per l'assistenza di figli o affidati

Domanda di congedo straordinario per assistere figli o affidati con disabilità grave

(art. 42 comma 5 Testo Unico 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

NOME _____ COGNOME _____

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 in condizione di disabilità grave 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 _____

* Dati facoltativi

● **Dichiaro**

- che mio figlio/a non è coniugato/a o non convive con il coniuge
- che il coniuge di mio figlio/a non svolge attività lavorativa o è lavoratore autonomo
- che il coniuge di mio figlio/a non ha mai usufruito di giorni di congedo straordinario per la stessa persona in condizione di disabilità grave
- o che il coniuge di mio figlio/a ha usufruito di n. _____ giorni di congedo straordinario per la stessa persona in condizione di disabilità grave
- o che il coniuge di mio figlio/a non ha chiesto per la stessa persona in condizione di disabilità grave, nei periodi indicati di congedi straordinari retribuiti e non intende richiederli negli stessi periodi
- 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 a part time verticale
scadenza il _____
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. _____
- di essere convivente con mio figlio/a (o la persona in affidamento) maggiorenne in condizione di disabilità grave
- di non essere convivente con mio figlio/a (o la persona in affidamento) maggiorenne (*) in condizione di disabilità grave, ma di svolgere con sistematicità e adeguatezza l'assistenza allo/a stesso/a
- che l'altro genitore o affidatario ha usufruito di n. _____ giorni di congedo straordinario retribuito per la stessa persona in condizione di disabilità grave

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. _____

(*) La convivenza non è necessaria se il/la figlio/a (o affidato/a) in condizione di disabilità grave è minorenni.

● **Dati del/la figlio/a disabile**

NOME _____ COGNOME _____
CODICE FISCALE _____ NATO/A IL GG/MM/AAAA _____
A _____ PROV. _____ STATO _____
RESIDENTE IN _____ PROV. _____ STATO _____
INDIRIZZO _____ CAP _____
TELEFONO* _____ CELLULARE* _____
INDIRIZZO E-MAIL* _____

Dichiaro (in caso di soggetto maggiorenne)

- di essere figlio/affidato del richiedente
- di essere in condizione di disabilità grave (art. 4, comma 1, della legge n. 104/1992) accertata dalla Commissione ASL di _____
- di non essere ricoverato a tempo pieno
- di non essere impegnato in attività lavorativa
- di non convivere con il richiedente ma di essere assistito con sistematicità ed adeguatezza dallo stesso

data _____ firma _____

● **Dichiarazione del familiare del disabile che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute**

io sig. _____ ho prestatato 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 COGNOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

A RESIDENTE IN

INDIRIZZO CAP

TELEFONO CELLULARE

nella sua qualità di: tutore curatore amministratore di sostegno di:

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 44 5/2000).

Dati del disabile

NOME COGNOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

A RESIDENTE IN

INDIRIZZO CAP

● **Dichiaro che il disabile**

- è figlio/a del richiedente
- è convivente con il richiedente
- è in condizione di disabilità grave (art. 4, comma 1, della legge n.104/1992) accertata dalla Commissione ASL di _____
- non è ricoverato a tempo pieno
- non è impegnato in attività lavorativa
- non è convivente con il richiedente ma è assistito con sistematicità ed adeguatezza dallo stesso

firma _____

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

- certificato rilasciato dalla competente ASL che attesta lo stato di 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 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