

# Posteitaliane

Risorse Umane e Organizzazione  
Il Responsabile

## **comunicazione interna**

**da** Risorse Umane e Organizzazione

**a** Responsabili Risorse Umane Regionali

Servizi Postali/Risorse Umane  
Mercato Privati/Risorse Umane

RUO/Sviluppo e Gestione Risorse Umane  
RUO/Sviluppo Organizzativo e Pianificazione  
RUO/Formazione, Comunicazione Interna e Resp. Sociale d'Impresa  
RUO/ Sviluppo Organizzativo e Pianificazione

Società del Gruppo – Responsabili Risorse Umane

p.c.

Amministratore Delegato  
Responsabili di Primo Livello Organizzativo

**Roma, 9 gennaio 2009**

**Oggetto: Disposizioni operative in materia di congedo di maternità/paternità, congedo parentale e permessi ex legge 104/92**

Dal 1 gennaio 2009, in applicazione delle nuove disposizioni previste dalla c.d. manovra estiva (art. 20 comma 2 del D. L. n°112/08, convertito in Legge n° 133/08) Poste Italiane e le Società del Gruppo nelle quali trova applicazione il Contratto Collettivo Nazionale per il personale di Poste Italiane S.p.A., sono soggetti obbligati al versamento della contribuzione per maternità all'INPS per tutto il personale dipendente ivi compreso il personale dirigente.

**Poste Italiane SpA**  
00144 ROMA (RM) Viale Europa 175 F (+39) 0659587979

# Posteitaliane

Dalla stessa data - ferma restando l'anticipazione delle prestazioni economiche da parte del datore di lavoro – le stesse prestazioni sono poste a carico dell'INPS che diventa pertanto l'istituto di riferimento per il congedo di maternità/paternità, il congedo parentale, i riposi giornalieri per allattamento e le indennità per permessi di cui all'art. 33 della legge 104/92 per tutti i lavoratori dipendenti compreso il personale con qualifica dirigenziale.

Con circolare n° 114 del 30/12/2008 l'INPS ha fornito le prime indicazioni operative di immediata applicazione.

Diversamente da quanto avvenuto fino ad oggi, i lavoratori per accedere agli istituti della maternità ed ai permessi ex legge 104/92 devono presentare apposita domanda all'INPS.

Di seguito si forniscono le prime indicazioni relativamente agli adempimenti previsti per gli istituti di interesse, chiedendoVi di darne massima diffusione nelle strutture di Vostra competenza e di portarne tempestivamente a conoscenza tutti i lavoratori interessati (compresi gli assenti per la fruizione dei congedi stessi) affinché provvedano ad espletare nei termini previsti i necessari adempimenti.

## **CONGEDO DI MATERNITA' E/O PATERNITA' (EX ASTENSIONE OBBLIGATORIA)**

**Dal 1 gennaio 2009** il lavoratore per poter usufruire del congedo di maternità/paternità deve presentare domanda alla sede INPS di zona (riferita alla residenza del lavoratore) utilizzando il modello INPS **SR01** (in allegato). Copia della domanda, protocollata e timbrata dall'INPS, deve essere successivamente consegnata alla competente funzione del personale

**Le domande devono essere presentate prima della data di inizio del congedo.**

Nel caso in cui la domanda sia inviata all'INPS a mezzo raccomandata, il lavoratore consegnerà copia della domanda e della ricevuta di attestazione di invio alla competente funzione del personale.

**I lavoratori che hanno iniziato il congedo nell'anno 2008 con prosecuzione nell'anno 2009, devono provvedere alla presentazione della domanda, secondo le modalità sopra indicate, entro il 31/01/2009 e, comunque, non oltre l'anno di prescrizione decorrente dal giorno successivo alla fine del periodo indennizzabile. Tale indicazione deve ritenersi operativa anche per i congedi iniziati nel periodo compreso dal 1 gennaio 2009 e la data della presente disposizione.**

# Posteitaliane

Al fine di consentire i relativi adempimenti, Vi chiediamo di contattare il personale attualmente in congedo affinché provveda nei termini alla regolarizzazione.

## **CONGEDO PARENTALE (EX ASTENSIONE FACOLTATIVA)**

**Dal 1 gennaio 2009** il lavoratore per poter usufruire del congedo parentale deve presentare domanda alla sede INPS di zona (riferita alla residenza del lavoratore) utilizzando il modello INPS **SR23** (in allegato). Copia della domanda, protocollata e timbrata dall'INPS, deve essere successivamente consegnata alla competente funzione del personale.

**Le domande devono essere presentate, per poter fruire della relativa indennità, prima dell'inizio del congedo.**

**Per i congedi iniziati nell'anno 2008 e che si protraggono senza soluzione di continuità nell'anno 2009, le domande dovranno comunque essere tempestivamente presentate anche all'INPS. Tale indicazione deve ritenersi operativa anche per i congedi iniziati nel periodo compreso dal 1 gennaio 2009 e la data della presente disposizione.**

Si rammenta che nella compilazione del Mod. SR23, i lavoratori dovranno indicare anche i periodi di congedo parentale già fruiti, compresi quelli antecedenti il 1 gennaio 2009. In tali casi potrà essere utilizzata più volte la pagina del Mod. SR23 relativa all'indicazione di interesse.

Per consentire i relativi adempimenti, vi chiediamo di contattare il personale attualmente in congedo affinché provveda alla regolarizzazione.

## **PERMESSI EX LEGE 104/92**

Con la medesima decorrenza del **1 gennaio 2009**, in base ai contenuti della circolare INPS n°114, richiamata in premessa, anche le indennità economiche relative ai permessi previsti dall'articolo 33 Legge 104/92, sono poste a carico dell'Inps.

Pertanto, anche per la fruizione di tali permessi, i lavoratori interessati devono presentare in duplice copia apposita domanda all'INPS di zona, utilizzando i modelli INPS: SR07, SR08 o SR09 (in allegato).

# Posteitaliane

Una copia del modello presentato protocollata dall'INPS dovrà essere consegnata alla funzione del personale competente.

L'INPS invierà al lavoratore e al datore di lavoro il provvedimento di concessione o di diniego del permesso.

Le domande relative ai permessi che si intendano fruire a partire dal 1 gennaio 2009 vanno presentate all'INPS prima dell'inizio del periodo richiesto; in caso contrario, saranno indennizzati dall'Istituto solo i periodi successivi alla presentazione della domanda.

**I lavoratori che hanno già utilizzato i citati permessi nel corso del 2008 e intendono continuare a godere del beneficio senza soluzione di continuità nel 2009, dovranno presentare la domanda all'INPS entro il 31 gennaio 2009;** in caso contrario saranno indennizzati dall'Istituto solo i periodi successivi alla data di presentazione della domanda. **Tale indicazione deve ritenersi operativa anche per i permessi iniziati a fruire nel periodo compreso dal 1 gennaio 2009 e la data della presente disposizione.**

Si evidenzia l'importanza di tale adempimento che, qualora non rispettato, comporterà il recupero degli importi economici relativi ai permessi già fruiti nel mese di gennaio nel 2009 e la possibilità di continuare a fruire degli stessi da parte del lavoratore solo con una decorrenza successiva alla data di presentazione della domanda.

\*\*\*\*\*

Per completezza si evidenzia che l'art. 20 comma 2 del D. L. n°112/08, convertito in Legge n° 133/8, ha introdotto in capo alle imprese dello Stato, degli Enti Pubblici e degli Enti Locali privatizzate e a capitale misto, l'obbligo del versamento della contribuzione per malattia del personale con qualifica di operaio. Al riguardo si precisa che allo stato Poste Italiane, non è direttamente interessata a tale novità, tenuto conto che l'inquadramento contrattuale del personale delle Poste non comprende la qualifica di operaio.

Pertanto, relativamente agli adempimenti relativi alla certificazione medica ed alle visite fiscali al momento si confermano le modalità in essere.

\*\*\*\*\*

# Posteitaliane

In considerazione delle rilevanti modifiche procedurali intervenute, Vi chiediamo di assicurare ogni necessario supporto ai lavoratori interessati sia rendendo disponibili a coloro che ne facciano richiesta i modelli INPS indicati nella presente disposizione sia fornendo, in caso di necessità, assistenza nella compilazione degli stessi.

Vi invitiamo infine alla puntuale applicazione delle presenti indicazioni, anticipando che sono in corso di aggiornamento, i documenti normativi in materia di tutela della maternità e paternità e di tutela dei portatori di handicap, al fine di recepire le indicazioni contenute nella circolare INPS 114 e le ulteriori specifiche operative che saranno fornite dallo stesso Istituto.

Cordiali saluti

Claudio Picucci

*Allegati*

- Mod SR01 – Mod SR23 - Mod. SR07 - Mod. SR08 - Mod. SR09



## Congedo per maternità e paternità Domanda per i lavoratori dipendenti

Per ottenere il congedo di maternità e paternità, oltre a possedere i requisiti di legge, è necessario compilare il modulo in tutte le sue parti e consegnarlo, prima dell'inizio del periodo di congedo, sia al datore di lavoro sia all'ufficio Inps di zona. Il modulo può essere inviato per posta o presentato tramite un Ente di patronato che offre assistenza gratuita, allegando copia di un documento di riconoscimento.

L'indennità per il congedo è anticipata dal datore di lavoro; in casi particolari è pagata direttamente dall'Inps (disoccupati/sospesi, operai agricoli, lavoratori domestici, lavoratori stagionali a termine, lavoratori dello spettacolo a tempo determinato o a prestazione). Se Inps non provvede al pagamento entro un anno dalla fine del congedo, il diritto si prescrive. Il termine di prescrizione si interrompe se il richiedente presenta agli uffici Inps atti scritti di data certa (solleciti, richieste di pagamento, ecc.).

### ● A chi spetta

#### Alle lavoratrici madri (biologiche, adottive o affidatarie):

- dipendenti del settore privato (incluse le dirigenti) con rapporto di lavoro in corso. Per le operaie agricole a tempo determinato e le addette ai servizi domestici e familiari sono richiesti specifici requisiti lavorativi e/o contributivi (informazioni più dettagliate sono disponibili sul sito [www.inps.it](http://www.inps.it))
- cessate o sospese dall'attività lavorativa a condizione che tra la cessazione o sospensione e l'inizio del congedo di maternità non siano trascorsi più di 60 giorni
- cessate o sospese da più di 60 giorni e che hanno diritto all'indennità di disoccupazione (ordinaria o con requisiti ridotti) o al trattamento di integrazione salariale (CIG e CIGS) o all'indennità di mobilità
- disoccupate non assicurate contro la disoccupazione, a condizione che il congedo di maternità inizi entro 180 giorni dalla data di risoluzione del rapporto di lavoro e risultino almeno 26 contributi settimanali nell'ultimo biennio precedente l'inizio del congedo
- impegnate in attività socialmente utili/attività di pubblica utilità

#### Ai lavoratori padri (biologici, adottivi o affidatari) dipendenti del settore privato, in caso di:

- morte o grave infermità della madre
- abbandono del bambino da parte della madre
- affidamento esclusivo del bambino al padre
- rinuncia espressa della madre che ha diritto al congedo di maternità (solo in caso di adozione o affidamento)

### ● Cosa spetta

#### Per madri biologiche

- il **congedo ordinario**, che comprende i 2 mesi precedenti la data presunta del parto, l'eventuale periodo tra la data presunta e la data effettiva del parto, i 3 mesi successivi al parto, nonché eventuali periodi di astensione obbligatoria anticipata/prorogata disposta dal Servizio Ispettivo della Direzione Provinciale del Lavoro. In caso di parto prematuro i giorni di astensione non goduti prima del parto vanno aggiunti al periodo di congedo di maternità dopo il parto
- la **flessibilità**, che è la facoltà di proseguire l'attività lavorativa nel corso dell'ottavo mese di gravidanza. In tal caso il periodo di congedo comprende il mese precedente la data presunta del parto e i quattro mesi successivi al parto
- un'**indennità giornaliera** pari all'80% dell'ultima retribuzione percepita

#### Per padri biologici

- il **congedo di paternità** per il periodo di congedo ordinario non usufruito dalla madre
- un'**indennità giornaliera** pari all'80% dell'ultima retribuzione percepita

#### Per genitori adottivi o affidatari

- il **congedo** per un periodo di 5 mesi dall'effettivo ingresso del minore in famiglia; in caso di adozione/affidamento internazionale, il congedo è usufruito dall'ingresso in Italia del minore ed eventualmente durante i periodi di permanenza all'estero
- un'**indennità giornaliera** pari all'80% dell'ultima retribuzione percepita

### ● Dati / Documentazione indispensabili per la liquidazione della prestazione

(articolo 1, comma 783, legge 296/2006)

#### Per tutti

- copia di un documento di identità del richiedente da allegare al modulo di domanda



## Congedo di maternità e paternità Domanda per i lavoratori dipendenti

### Per madri biologiche

- certificato medico di gravidanza (da allegare in busta chiusa) che attesta la data presunta del parto. Tale certificato va rilasciato da un medico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e va presentato prima dell'inizio del periodo di congedo obbligatorio di maternità
- certificato di nascita del bambino (o autocertificazione) che va presentato entro 30 giorni dalla data del parto
- copia del provvedimento di interdizione rilasciato dalla Direzione Provinciale del lavoro in caso di gravidanza a rischio o di mansioni pericolose (astensione obbligatoria anticipata o prorogata)
- documentazione sanitaria relativa all'interruzione di gravidanza se si verifica dopo 180 giorni dall'inizio della gestazione. Se l'interruzione si verifica prima di 180 giorni dall'inizio della gestazione spetta l'indennità di malattia.

### Per le lavoratrici che chiedono la flessibilità

- certificazioni mediche (da allegare in busta chiusa) che attestano specificatamente l'assenza di situazioni di rischio per la salute della gestante e del nascituro rilasciate, entro la fine del settimo mese, dal:
  - ginecologo del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato
  - medico aziendale responsabile alla sorveglianza sanitaria (in mancanza del medico aziendale, dichiarazione del datore di lavoro da cui risulta che in azienda o per le attività svolte dalla lavoratrice interessata non esiste l'obbligo di sorveglianza sanitaria sul lavoro)

### Per genitori adottivi o affidatari

(I provvedimenti di adozione/affidamento vanno presentati solo per la parte contenente gli elementi necessari alla trattazione della pratica)

- nel caso di adozioni o affidamenti preadottivi nazionali: copia del provvedimento di adozione o di affidamento e copia del documento rilasciato dall'Autorità competente da cui risulta la data di effettivo ingresso del minore in famiglia
- nel caso di adozioni o affidamenti preadottivi internazionali: copia dell'autorizzazione rilasciata dalla Commissione per le Adozioni Internazionali da cui risulta la data di effettivo ingresso del minore in Italia
- nel caso di provvedimento straniero di adozione: copia del decreto di trascrizione della sentenza nel registro di stato civile emesso dal tribunale dei minori (o autocertificazione)
- nel caso di periodi di permanenza all'estero: certificazione dell'Ente autorizzato a curare la procedura di adozione internazionale che attesta la durata di tali periodi
- nel caso di affidamenti non preadottivi (articolo 2 e seguenti L. 184/1983): copia del provvedimento dell'Autorità competente da cui risulta la data di effettivo ingresso del minore in famiglia

### Per lavoratori a domicilio

- dichiarazione del/dei datore/i di lavoro da cui risulta la data di riconsegna di tutte le merci ed il lavoro affidato, anche se non ultimato, prima dell'inizio del congedo

### Per lavoratrici cessate o sospese dal lavoro

- documentazione rilasciata dal datore lavoro che attesta la data della sospensione o cessazione del rapporto di lavoro

### Per lavoratori padri in caso di:

(autocertificazione a pag.3 del modulo)

- morte della madre: certificato di morte della madre (o autocertificazione)
- grave infermità della madre: specifica certificazione medica rilasciata dal Servizio Sanitario Nazionale (da allegare in busta chiusa chiusa)
- abbandono del figlio da parte della madre: autocertificazione
- affidamento esclusivo del figlio al padre (articolo 155 bis, codice civile): copia del provvedimento da cui risulta l'affidamento esclusivo del figlio al solo padre richiedente
- rinuncia della madre lavoratrice che ha diritto al congedo di maternità (solo in caso di adozione o affidamento).

### ● Detrazioni d'imposta

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

Se il richiedente vuole usufruire delle detrazioni d'imposta per carichi di famiglia è necessario dichiarare ogni anno di averne diritto (barrando l'apposita casella all'interno del modulo). È obbligatorio allegare il modulo MV10, debitamente compilato, disponibile sul sito [www.inps.it](http://www.inps.it). In mancanza non sarà riconosciuta la detrazione.



## Congedo per maternità e paternità Domanda per i lavoratori dipendenti - 1/4

ALL'UFFICIO INPS DI

AL DATORE/I DI LAVORO

**Dati del richiedente**

NOME   COGNOME

CODICE FISCALE   NATO/A IL GG/MM/AAAA

A   PROV.   STATO

CITTADINANZA

RESIDENTE IN   PROV.   STATO

INDIRIZZO   CAP

Compilare solo se diverso dalla residenza

DOMICILIATO IN   PROV.   STATO

INDIRIZZO   CAP

TELEFONO \*   CELLULARE\*

E-MAIL \*

**Dichiaro**

Barrare la casella corrispondente

- di avere un rapporto di lavoro

dal \_\_\_\_\_ azienda \_\_\_\_\_ matricola\* \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ azienda \_\_\_\_\_ matricola\* \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_

- di essere stato licenziato o di aver presentato le dimissioni dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)

- di essere utilizzato in attività socialmente utili/attività di pubblica utilità dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)  
(se licenziata/o anteriormente, compilare anche la voce precedente)

- di essere sospeso dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)

\* Dati facoltativi





## Congedo per maternità e paternità Domanda per i lavoratori dipendenti - 2/4

### ● Settore di attività

Barrare la casella corrispondente

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> industria                           | <input type="radio"/> cooperative (socio lavoratore)                               |
| <input type="radio"/> artigianato                         | <input type="radio"/> lavoro a domicilio   |
| <input type="radio"/> terziario o servizi (già commercio) | <input type="radio"/> spettacolo con contratto a tempo indeterminato               |
| <input type="radio"/> credito, assicurazioni              | <input type="radio"/> spettacolo con contratto a tempo determinato o a prestazione |
| <input type="radio"/> servizi tributari appaltati         | <input type="radio"/> agricoltura con contratto a tempo indeterminato              |
| <input type="radio"/> servizi domestici e familiari       | <input type="radio"/> agricoltura con contratto a tempo determinato                |
| <input type="radio"/> altro _____                         |  |

### ● Qualifica

- apprendista       operaia/o       impiegata/o       dirigente  
 contratto a tempo indeterminato       contratto a tempo determinato fino al \_\_\_\_\_

### ● Dichiaro

che il parto avverrà presumibilmente in data (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ come da certificato di gravidanza rilasciato dal medico del Servizio Sanitario Nazionale (allegato in bustachiusa)

- di non essere parente (figlia/o, sorella, fratello, nipote) o affine (nuora/genero o cognata/o) o moglie/marito del datore di lavoro  
 di essere parente (figlia/o, sorella, fratello, nipote) o affine (nuora/genero o cognata/o) o moglie/marito del datore di lavoro. Specificare il grado di parentela o affinità \_\_\_\_\_

### ● Chiedo

- di avvalermi della flessibilità del congedo di maternità (articolo 20 Testo Unico Maternità/Paternità) in presenza delle condizioni di legge richiamate in copertina al punto "per madri biologiche" del presente modulo.  
 Allego, in busta chiusa, la documentazione medico-sanitaria acquisita entro la fine del settimo mese di gravidanza.

### ● Dati del minore In caso di adozione/affidamento

NOME  COGNOME  
 CODICE FISCALE  
 NATO/A IL GG/MM/AAAA  SESSO  M  F  
 A  PROV.  STATO

- data di adozione/affidamento \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)
- data di ingresso in famiglia \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)
- data di ingresso in Italia (adozione / affidamento internazionale) \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)  
certificata dalla Commissione per le Adozioni Internazionali
- in caso di provvedimento straniero di adozione, data di trascrizione del provvedimento \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)  
nei registri dello stato civile del Comune di \_\_\_\_\_



## Congedo per maternità e paternità Domanda per i lavoratori dipendenti - 3/4

Dichiarazione del padre lavoratore in caso di richiesta del congedo di paternità  
(D.P.R. 445/2000 art.47)

### Dati della madre

NOME  COGNOME

CODICE FISCALE  NATO/A IL GG/MM/AAAA

A  PROV.  STATO

- lavoratrice dipendente
- lavoratrice parasubordinata
- lavoratrice autonoma

] presso \_\_\_\_\_  
 con sede in \_\_\_\_\_  
 via \_\_\_\_\_

### Dichiaro

#### Barrare la casella corrispondente

- che la madre è deceduta \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)
- che la madre è gravemente inferma come da certificazione medica allegata
- che la madre ha abbandonato il minore in data \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)
- che la madre ha rinunciato al congedo di maternità (solo in caso di adozione o affidamento)
- che il minore è affidato esclusivamente al padre dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)

#### Modalità di pagamento

- assegno circolare
- bonifico domiciliato presso ufficio postale di \_\_\_\_\_
- accredito sul conto corrente bancario o postale

CODICE IBAN



## Congedo per maternità e paternità Domanda per i lavoratori dipendenti - 4/4

- **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))

- **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 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. Il loro elenco completo ed aggiornato è disponibile sul sito [www.inps.it](http://www.inps.it).

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.



## Congedo parentale Domanda per i lavoratori dipendenti

Per ottenere il congedo parentale, oltre a possedere i requisiti di legge, è necessario compilare il modulo in tutte le sue parti e consegnarlo sia al datore di lavoro sia all'ufficio Inps di zona. Il modulo può essere inviato per posta o presentato tramite un Ente di patronato che offre assistenza gratuita, allegando copia di un documento di riconoscimento. Se il modulo viene presentato agli uffici Inps dopo l'inizio del congedo, saranno pagati solo i periodi successivi alla data di presentazione.

L'indennità per il congedo è anticipata dal datore di lavoro; in casi particolari è pagata direttamente dall'Inps (operai agricoli, lavoratori stagionali a termine, lavoratori dello spettacolo a tempo determinato o a prestazione).

Se Inps non provvede al pagamento entro un anno dalla fine del congedo, il diritto si prescrive.

Il termine di prescrizione si interrompe se il richiedente presenta agli uffici Inps atti scritti di data certa (solleciti, richieste di pagamento, ecc.).

### ● A chi spetta

Ai genitori lavoratori dipendenti (esclusi lavoratori a domicilio e addetti ai servizi domestici e familiari) titolari di uno o più rapporti di lavoro in corso con obbligo di prestare l'attività lavorativa (non spetta in caso di aspettativa, sospensione, ecc.).

Per gli operai agricoli a tempo determinato sono richieste 51 giornate di effettivo lavoro.

### ● Cosa spetta

Spettano 6 mesi di congedo per ogni genitore. Entrambi i genitori lavoratori dipendenti possono usufruire cumulativamente di un periodo massimo di 10 mesi che possono diventare 11 se il padre usufruisce di almeno 3 mesi di congedo parentale (es. 6 mesi la madre e 5 mesi il padre; 5 mesi la madre e 6 mesi il padre; 4 mesi la madre e 7 mesi il padre). In caso di madre lavoratrice autonoma e di padre lavoratore dipendente il periodo massimo non può superare complessivamente i 10 mesi (3 mesi la madre e 7 mesi il padre).

### ● Come e quando

I genitori possono usufruire del congedo parentale anche contemporaneamente. Il padre lo può utilizzare anche durante il congedo di maternità e/o durante i riposi giornalieri della madre; durante i periodi di congedo parentale della madre, il padre non può invece usufruire dei riposi giornalieri.

Si può usufruire del congedo:

- entro gli 8 anni di età del figlio biologico
- entro i primi 8 anni dall'ingresso in famiglia del minore adottato o affidato, fino al compimento del 18° anno di età.

Si può usufruire del congedo in modo continuativo o frazionato (anche per un solo giorno), purchè tra un periodo e l'altro di congedo si sia ripresa l'attività lavorativa.

Si calcolano i sabati (in caso di settimana corta), le domeniche ed i giorni festivi compresi in un unico periodo di congedo parentale.

### ● Quanto spetta

**senza condizioni di reddito:**

Spetta il 30% della retribuzione per un periodo massimo complessivo, tra i due genitori, di 6 mesi: fino a 3 anni di età del figlio biologico o fino a 3 anni dall'ingresso in famiglia del minore adottato/affidato

**solo a determinate condizioni di reddito:**

L'indennità spetta a condizione che il reddito del richiedente risulti inferiore a 2,5 volte l'importo del trattamento minimo di pensione, come stabilito annualmente dalla legge.

Per figlio biologico o adottato/affidato:

- per i periodi eccedenti i 6 mesi (anche se utilizzati entro i 3 anni di età del minore o entro i 3 anni dall'ingresso del minore in famiglia)
- per qualunque periodo utilizzato tra i 3 e gli 8 anni di vita del bambino o tra i 3 e gli 8 anni dall'ingresso del minore in famiglia



## Congedo parentale Domanda per i lavoratori dipendenti

- **Dati/Documentazione indispensabili per la liquidazione della prestazione** (articolo 1 comma 783 legge 296/2006)  
Da presentare solo se non in possesso dell'Inps

### Per i figli biologici

- certificato di nascita (o autocertificazione)

### Per le adozioni/affidamenti nazionali

(I provvedimenti di adozione/affidamento vanno presentati solo per la parte contenente gli elementi necessari alla trattazione della pratica)

- copia del provvedimento di adozione o di affidamento e copia del documento rilasciato dall'Autorità competente da cui risulti la data di effettivo ingresso del minore in famiglia

### Per le adozioni/affidamenti internazionali

(I provvedimenti di adozione/affidamento vanno presentati solo per la parte contenente gli elementi necessari alla trattazione della pratica)

- copia del certificato dell'Ente autorizzato da cui risulti la data di effettivo ingresso del minore in famiglia
- copia dell'autorizzazione all'ingresso in Italia del minore rilasciata dalla Commissione Adozioni Internazionali
- nel caso di provvedimento straniero di adozione: copia del decreto di trascrizione nel registro di stato civile emesso dal tribunale dei minori (o autocertificazione)

### Per il genitore solo, in caso di:

- morte dell'altro genitore: certificato di morte dell'altro genitore o autocertificazione
- grave infermità dell'altro genitore: specifica certificazione medica rilasciata dal SSN (da allegare in busta chiusa)
- abbandono del figlio da parte dell'altro genitore: autocertificazione
- affidamento esclusivo del figlio al solo genitore richiedente: copia del provvedimento del giudice da cui risulti l'affidamento esclusivo del figlio al richiedente (articolo 155 del codice civile)

- **Detrazioni d'imposta**

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

Se il richiedente vuole usufruire delle detrazioni d'imposta per carichi di famiglia è necessario dichiarare ogni anno di averne diritto (barrando l'apposita casella all'interno del modulo). È obbligatorio allegare il modulo MV10, debitamente compilato, disponibile sul sito [www.inps.it](http://www.inps.it). In mancanza non sarà riconosciuta la detrazione.



## Congedo parentale Domanda per i lavoratori dipendenti - 1/4

ALL'UFFICIO INPS DI

AL DATORE/I DI LAVORO

**Dati del richiedente**

NOME   COGNOME

CODICE FISCALE   NATO/A IL GG/MM/AAAA

A   PROV.   STATO

CITTADINANZA

RESIDENTE IN   PROV.   STATO

INDIRIZZO   CAP

Compilare solo se diverso dalla residenza

DOMICILIATO IN   PROV.   STATO

INDIRIZZO   CAP

TELEFONO\*   CELLULARE\*

E-MAIL\*

**Dichiaro** Barrare la casella corrispondente

di avere un rapporto di lavoro  
dal \_\_\_\_\_ azienda \_\_\_\_\_ matricola\* \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ azienda \_\_\_\_\_ matricola\* \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_

**Settore di attività** (Barrare la casella corrispondente)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> industria                           | <input type="radio"/> cooperative (socio lavoratore)                               |
| <input type="radio"/> artigianato                         | <input type="radio"/> spettacolo con contratto a tempo indeterminato               |
| <input type="radio"/> terziario o servizi (già commercio) | <input type="radio"/> spettacolo con contratto a tempo determinato o a prestazione |
| <input type="radio"/> credito, assicurazioni              | <input type="radio"/> agricoltura con contratto a tempo indeterminato              |
| <input type="radio"/> servizi tributari appaltati         | <input type="radio"/> agricoltura con contratto a tempo determinato                |
| <input type="radio"/> altro _____                         |  |

\* Dati facoltativi



## Congedo parentale Domanda per i lavoratori dipendenti - 2/4

### Qualifica

- apprendista     
  operaia/o     
  impiegata/o     
  dirigente  
 contratto a tempo indeterminato     
  contratto a tempo determinato fino al \_\_\_\_\_

### Dichiaro

- di non essere parente (figlia/o, sorella, fratello, nipote) o affine (nuora/genero o cognata/o) o moglie/marito del datore di lavoro  
 di essere parente (figlia/o, sorella, fratello, nipote) o affine (nuora/genero o cognata/o) o moglie/marito del datore di lavoro.  
 Specificare il grado di parentela o affinità \_\_\_\_\_

### Dati dell'altro genitore

NOME  COGNOME

CODICE FISCALE

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

A  PROV.  STATO

- lavoratore/trice dipendente     
  lavoratore/trice parasubordinato     
  lavoratrice autonoma     
 ] presso \_\_\_\_\_  
 con sede in \_\_\_\_\_  
 via \_\_\_\_\_
- lavoratore/trice a domicilio, addetto ai servizi domestici, lavoratore autonomo (artigiano, commerciante, coltivatore diretto, colono o mezzadro, imprenditore agricolo professionale, libero professionista, associato in partecipazione, collaboratore occasionale) non avente diritto al congedo parentale.
- non ha richiesto, per lo stesso minore, periodi di congedo parentale  
 ha richiesto, per lo stesso minore, periodi di congedo parentale per un numero di giorni \_\_\_\_\_

### Genitore solo

#### Dichiaro

Barrare la casella corrispondente

- che l'altro genitore è deceduto il (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_  
 che l'altro genitore è gravemente infermo come da certificazione medica allegata  
 che l'altro genitore ha abbandonato il minore  
 che la madre ha rinunciato al congedo di maternità (solo in caso di adozione o affidamento)  
 che il minore è affidato esclusivamente al padre dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)

### Dati del minore

NOME  COGNOME

CODICE FISCALE

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

A  PROV.  STATO



## Congedo parentale Domanda per i lavoratori dipendenti - 3/4

- figlio biologico
  - numero dei nati in caso di parto gemellare \_\_\_\_\_
- minore adottato/affidato
  - numero adottati/affidati in caso di adozione/affidamenti plurimi \_\_\_\_\_
  - data di adozione/affidamento (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_
  - data di ingresso in famiglia (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_
  - data di ingresso in Italia (adozione / affidamento internazionale) (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_  
certificata dalla Commissione per le Adozioni Internazionali
  - in caso di provvedimento straniero di adozione, data di trascrizione del provvedimento (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_  
nei registri dello stato civile del Comune di \_\_\_\_\_
- Periodo di congedo richiesti**
  - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg \_\_\_\_\_ - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)
  - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg \_\_\_\_\_ - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)

### Dichiaro

- che il minore è vivente;
- di non aver usufruito per lo stesso minore di periodi di congedo parentale;
- di avere già usufruito per lo stesso minore di periodi di congedo parentale per un totale di gg \_\_\_\_\_ ;
- di astenermi effettivamente dall'attività lavorativa per i periodi di congedo richiesti.

### Dichiaro che per l'anno in corso

solo per i periodi di congedo parentale indennizzabili a determinate condizioni di reddito (istruzioni in copertina)

- consegirò presumibilmente un reddito personale **superiore a 2,5 volte** l'ammontare della pensione minima e pertanto non chiedo la prestazione economica (in caso contrario mi riservo di chiederla)
  - consegirò presumibilmente i seguenti redditi personali (**inferiori a 2,5 volte** l'ammontare della pensione minima) assoggettabili all'IRPEF (redditi al lordo di qualsiasi detrazione comunque specificata - oneri deducibili, detrazioni d'imposta - e al netto dei contributi previdenziali ed assistenziali):
    - redditi da lavoro dipendente ed assimilati euro \_\_\_\_\_
    - redditi da lavoro autonomo o professionale o d'impresa euro \_\_\_\_\_
    - altri redditi assoggettabili all'IRPEF, esclusi il reddito della casa di abitazione, i trattamenti di fine rapporto e relative anticipazioni, le competenze arretrate assoggettate a tassazione separata, i redditi già tassati alla fonte ed i redditi esenti euro \_\_\_\_\_
    - redditi conseguiti all'estero o derivanti da lavoro presso organismi internazionali che, se prodotti in Italia, sarebbero assoggettabili all'IRPEF euro \_\_\_\_\_
- TOTALE euro \_\_\_\_\_**

mi impegno a presentare alla scadenza dei termini previsti per la denuncia dei redditi – ai fini degli eventuali conguagli attivi o passivi – una dichiarazione definitiva circa i redditi personali effettivamente conseguiti, consapevole che il superamento del limite di reddito previsto (2,5 volte l'ammontare della pensione minima) o la mancata dichiarazione definitiva comporteranno l'addebito delle indennità erogatate a seguito della presente domanda.





## Congedo parentale Domanda per i lavoratori dipendenti - 4/4

### ● Modalità di pagamento

- assegno circolare
- bonifico presso ufficio postale di \_\_\_\_\_
- accreditato sul conto corrente bancario o postale

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 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 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. Il loro elenco completo ed aggiornato è disponibile sul sito [www.inps.it](http://www.inps.it).

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.



## Congedo parentale Domanda per i lavoratori dipendenti - 4/4

### ● 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

- assegno circolare
- bonifico presso ufficio postale di \_\_\_\_\_
- accredito sul conto corrente bancario o postale

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 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 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. Il loro elenco completo ed aggiornato è disponibile sul sito [www.inps.it](http://www.inps.it).

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.



## 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)

Per ottenere i permessi, oltre a possedere i requisiti di legge, è necessario compilare il modulo in ogni sua parte. Il modulo deve essere presentato agli uffici Inps in duplice copia; una delle copie sarà restituita protocollata al lavoratore e dovrà essere consegnata al datore di lavoro, che ha la competenza della gestione concreta dei permessi.

Inps invierà al lavoratore e al datore di lavoro il provvedimento di concessione o di diniego dei permessi.

### ● Requisiti del familiare da assistere

Il familiare da assistere deve essere nella condizione di disabilità grave (art. 3, comma 3, legge 104/1992) o di Grande invalido di guerra o equiparato

- La condizione di disabilità grave deve essere accertata dalla competente Commissione ASL o, nell'attesa della decisione, dal medico specialista ASL. La sindrome di Down può essere accertata anche dal medico di base che rilascerà la relativa certificazione su presentazione del "cariotipo". La documentazione, rilasciata dalla Commissione ASL o dal medico di base deve essere allegata al modulo.
- La condizione di Grande invalido di guerra o equiparato può risultare anche dal decreto di concessione rilasciato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, in cui deve essere oscurata la parte relativa alla diagnosi, o dalla copia dell'attestato di pensione.

Le persone da assistere, inoltre, non devono essere ricoverate a tempo pieno.

### ● A chi spetta

I permessi spettano ai genitori, anche adottivi o affidatari, per l'assistenza ai figli minori con disabilità grave. Il richiedente deve avere un rapporto di lavoro dipendente in corso, coperto da assicurazione Inps per le prestazioni di maternità. Se entrambi i genitori sono lavoratori dipendenti, i permessi spettano anche alternativamente.

Per i lavoratori agricoli a contratto stagionale i giorni di permesso possono essere riconosciuti solo se la durata del contratto è pari almeno ad un mese con previsione di attività per 6 giorni a settimana (o 5 in caso di settimana corta).

Sono esclusi i lavoratori a domicilio e i lavoratori domestici.

### ● Cosa spetta

**permessi fino al compimento di 3 anni di età del disabile:**

- prolungamento del congedo parentale con diritto per tutto il periodo ad una indennità pari al 30% della retribuzione. Il prolungamento può essere usufruito dal termine del periodo massimo di congedo parentale previsto per il genitore richiedente
- in alternativa**

- permessi orari retribuiti rapportati all'orario giornaliero di lavoro : 2 ore al giorno in caso di orario lavorativo pari o superiore a 6 ore, un'ora in caso di orario lavorativo inferiore a 6 ore

**permessi dal compimento del 3° anno fino al al 18° anno di età del disabile**

- spettano tre giorni di permesso mensile utilizzabili anche frazionandoli in ore. I permessi non usufruiti in un mese non possono essere cumulati nei mesi successivi. Nel caso in cui il richiedente abbia un rapporto di lavoro in part time verticale, le giornate di permesso mensile vengono proporzionalmente ridotte. Per i permessi spetta un'indennità corrispondente all'intero ammontare della retribuzione.

I periodi di permesso sono coperti da contribuzione figurativa (da richiedere all'Inps). L'indennità è anticipata dal datore di lavoro ad eccezione dei lavoratori agricoli per i quali l'Inps provvede al pagamento diretto. Entrambi i benefici possono essere richiesti durante i periodi di normale congedo parentale o di congedo per malattia dello stesso figlio utilizzati dall'altro genitore.



## 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)

- **Dati, informazioni e dichiarazioni indispensabili** (articolo 1 comma 783 legge 296/2006)
  - dati anagrafici del richiedente (pag.1)
  - dati anagrafici del disabile (pag.2)
  - rapporto di lavoro in corso (pag.2)
  - non ricovero a tempo pieno (pag.2)
- **Documenti da allegare** (la certificazione sanitaria va allegata in busta chiusa)
  - per la disabilità grave deve essere allegata la documentazione rilasciata dalla Commissione ASL (anche in copia dichiarata autentica) o dal medico di base per la sindrome di Down
  - per i Grandi invalidi di guerra ed equiparati deve essere allegata copia dell'attestato di pensione o del decreto di concessione rilasciato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.
- **Decorrenza e durata**

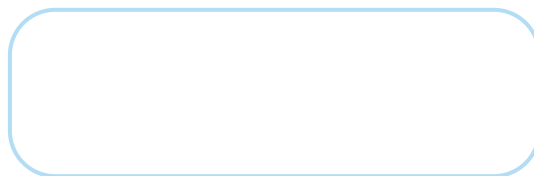
Il provvedimento di accoglimento non ha limiti temporali di validità fatta eccezione per i casi di riconoscimento temporaneo della disabilità grave. I permessi possono essere richiesti solo per periodi successivi alla presentazione della domanda. Durante il periodo di fruizione dei permessi l'altro genitore non può usufruire del congedo straordinario (art. 42 comma 5 decreto legislativo 151/2001)
- **Comunicazioni di variazioni**

E' obbligatorio che il richiedente comunichi tempestivamente (entro 30 giorni) le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni dichiarate in questo modulo e in particolare:

  - Il ricovero a tempo pieno della persona in condizione di handicap grave
  - La revisione del giudizio di gravità della condizione dell'handicap da parte della Commissione ASL o comunque la cessazione della validità del riconoscimento dell'handicap grave
  - Le modifiche ai periodi di permesso richiesti (in questo caso dovrà presentare domanda di modifica che annulla e sostituisce quella consegnata in precedenza)
  - L'utilizzo di permessi da parte di altri familiari per lo stesso disabile
  - Il decesso del disabile
- **Detrazioni d'imposta**

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

Se il richiedente vuole usufruire delle detrazioni d'imposta per carichi di famiglia è necessario dichiarare ogni anno di averne diritto (barrando l'apposita casella all'interno del modulo). È obbligatorio allegare il modulo MV10, debitamente compilato, disponibile sul sito [www.inps.it](http://www.inps.it). In mancanza non sarà riconosciuta la detrazione.



## Domanda di permessi per l'assistenza a figli o affidati minorenni in condizione di disabilità grave - 1/3

(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



## Domanda di permessi per l'assistenza a figli o affidati in condizione di disabilità grave - 2/3

### ● 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 stessa persona con disabilità grave
- che l'altro genitore beneficia dei permessi gimalieri 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

<input type="text" value="NOME"/>	<input type="text" value="COGNOME"/>
<input type="text" value="CODICE FISCALE"/>	
<input type="text" value="NATO/A IL GG/MM/AAAA"/>	<input type="text" value="SESSO"/> <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
<input type="text" value="A"/>	<input type="text" value="PROV."/> <input type="text" value="STATO"/>



## Domanda di permessi per l'assistenza a figli o affidati in condizione di disabilità grave - 3/3

### ● 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)

- assegno circolare
- bonifico presso ufficio postale di \_\_\_\_\_
- accredito sul conto corrente bancario o postale

CODICE IBAN

Data \_\_\_\_\_

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.
- 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 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. Il loro elenco completo ed aggiornato è disponibile sul sito [www.inps.it](http://www.inps.it).

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.



## Domanda di permessi per l'assistenza ai familiari in condizione di disabilità grave

(coniuge, figli maggiorenni, parenti e affini maggiori di 3 anni)

Per ottenere i permessi, oltre a possedere i requisiti di legge, è necessario compilare il modulo in ogni sua parte. Il modulo deve essere presentato agli uffici Inps in duplice copia; una delle copie sarà restituita protocollata al lavoratore e dovrà essere consegnata al datore di lavoro, che ha la competenza della gestione concreta dei permessi.

Inps invierà al lavoratore e al datore di lavoro il provvedimento di concessione o di diniego dei permessi.

### ● Requisiti del familiare da assistere

Il familiare da assistere deve essere nella condizione di disabilità grave (art. 3, comma 3, legge 104/1992) o di Grande invalido di guerra o equiparato

- La condizione di disabilità grave deve essere accertata dalla competente Commissione ASL o, nell'attesa della decisione, dal medico specialista ASL. La sindrome di Down può essere accertata anche dal medico di base che rilascerà la relativa certificazione su presentazione del "cariotipo". La documentazione, rilasciata dalla Commissione ASL o dal medico di base deve essere allegata al modulo.
- La condizione di Grande invalido di guerra o equiparato può risultare anche dal decreto di concessione rilasciato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, in cui deve essere oscurata la parte relativa alla diagnosi, o dalla copia dell'attestato di pensione.

Le persone da assistere, inoltre, non devono essere ricoverate a tempo pieno.

### ● A chi spetta

I permessi spettano ai genitori, anche adottivi o affidatari, al coniuge, parenti o affini entro il terzo grado, purchè abbiano un rapporto di lavoro dipendente in corso, coperto da assicurazione Inps per le prestazioni di maternità.

- Se entrambi i genitori sono lavoratori dipendenti, i permessi spettano anche alternativamente. Nel caso in cui il genitore richiedente non conviva con il disabile, è necessario dichiarare l'assistenza sistematica ed adeguata al disabile
- Se il richiedente è il coniuge o altro familiare va dichiarata anche in caso di convivenza un'assistenza sistematica e adeguata al disabile

Per i lavoratori agricoli a contratto stagionale i giorni di permesso possono essere riconosciuti solo se la durata del contratto è pari almeno ad un mese con previsione di attività per 6 giorni a settimana (o 5 in caso di settimana corta).

Sono esclusi i lavoratori a domicilio e i lavoratori domestici.

### ● Cosa spetta

Spettano tre giorni di permesso mensile, anche frazionati in ore. I permessi non usufruiti in un mese non possono essere cumulati nei mesi successivi. Nel caso in cui il richiedente abbia un rapporto di lavoro in part time verticale, le giornate di permesso mensile vengono proporzionalmente ridotte. Per i permessi spetta un'indennità corrispondente all'intero ammontare della retribuzione relativa ai periodi di permesso. I periodi sono coperti da contribuzione figurativa (da richiedere all'Inps). L'indennità è anticipata dal datore di lavoro ad eccezione dei lavoratori agricoli per i quali l'Inps provvede al pagamento diretto.

### ● Dati, informazioni e dichiarazioni indispensabili (articolo 1 comma 783 legge 296/2006)

- dati anagrafici del richiedente (pag.1)
- rapporto di parentela, affidamento o affinità col disabile (pag.1)
- dati anagrafici del disabile (pag.2)
- convivenza col disabile (pag.2)
- rapporto di lavoro in corso (pag.2)
- sistematicità ed adeguatezza dell'assistenza (pag.3)
- non ricovero a tempo pieno (pag.3)





## Domanda di permessi per l'assistenza ai familiari in condizione di disabilità grave

(coniuge, figli maggiorenni, parenti e affini maggiori di 3 anni)

- **Documenti da allegare** (la certificazione sanitaria va allegata in busta chiusa)
  - per la disabilità grave deve essere allegata la documentazione rilasciata dalla Commissione ASL (anche in copia dichiarata autentica) o dal medico di base per la sindrome di Down
  - per i Grandi invalidi di guerra ed equiparati deve essere allegata copia dell'attestato di pensione o del decreto di concessione rilasciato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.

- **Decorrenza e durata**

Il provvedimento di accoglimento non ha limiti temporali di validità ad eccezione del provvedimento emanato a seguito di riconoscimento temporaneo della disabilità grave. I permessi possono essere richiesti solo per periodi successivi alla presentazione della domanda.

Durante il periodo di fruizione dei permessi giornalieri gli altri familiari non possono usufruire del congedo straordinario (art. 42 comma 5 decreto legislativo 151/2001) per la persona con disabilità grave.

- **Quando il disabile è impossibilitato alla firma**

Nel caso in cui il disabile sia impossibilitato a firmare e sia soggetto a tutela, a curatela o ad amministrazione di sostegno, le dichiarazioni devono essere sottoscritte rispettivamente dal tutore, dall'interessato con l'assistenza del curatore, o dall'amministratore di sostegno (pag.4). La dichiarazione di chi si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute, è sostituita da quella resa dal coniuge, o in sua assenza dai figli o in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale (anche un funzionario Inps) che si accerta dell'identità del dichiarante. La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è accolta da un pubblico ufficiale (anche un funzionario Inps) che deve accertare l'identità del dichiarante (pag.3).

- **Comunicazioni di variazioni**

E' obbligatorio che il richiedente comunichi tempestivamente (entro 30 giorni) le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni dichiarate in questo modulo e in particolare:

- Il ricovero a tempo pieno della persona in condizione di handicap grave
  - La revisione del giudizio di gravità della condizione dell'handicap da parte della Commissione ASL o comunque la cessazione della validità del riconoscimento dell'handicap grave
  - Le modifiche ai periodi di permesso richiesti ( in questo caso dovrà presentare domanda di modifica che annulla e sostituisce quella consegnata in precedenza)
  - L'utilizzo di permessi da parte di altri familiari per lo stesso disabile
  - Il decesso del disabile
- **Detrazioni d'imposta**  
(articolo 23 del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 600 e successive modifiche e integrazioni)

Se il richiedente vuole usufruire delle detrazioni d'imposta per carichi di famiglia è necessario dichiarare ogni anno di averne diritto (barrando l'apposita casella all'interno del modulo). È obbligatorio allegare il modulo MV10, debitamente compilato, disponibile sul sito [www.inps.it](http://www.inps.it). In mancanza non sarà riconosciuta la detrazione.



## Domanda di permessi per l'assistenza ai familiari in condizione di disabilità grave - 1/5

(coniuge, figli maggiorenni, parenti e affini maggiori di 3 anni)

(art.33 comma 3 legge 104/1992 e art. 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 \_\_\_\_\_

GRADO DI PARENTELA CON IL DISABILE \_\_\_\_\_

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

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

### Chiedo

- di usufruire dei giorni di permesso mensile (massimo tre) spettanti ai parenti di persona in condizione di handicap grave e della relativa indennità nelle giornate che saranno indicate in tempo utile al datore di lavoro.

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

- il pagamento diretto dell'indennità in quanto operaio agricolo



## Domanda di permessi per l'assistenza ai familiari in condizione di disabilità grave - 2/5

### ● 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 part time
  - orizzontale
  - verticale: n. giorni lavorativi \_\_\_\_\_ n. giorni di lavoro effettivi \_\_\_\_\_
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per lo stesso persona con disabilità grave
- che l'altro genitore beneficia dei permessi giornalieri per la stessa persona con disabilità grave alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di tre giorni complessivi tra i due genitori
- di essere convivente con il disabile
- di non essere convivente con il disabile, ma di assisterlo con sistematicità e adeguatezza
- che la persona con disabilità grave 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. \_\_\_\_\_

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 della persona con disabilità'

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"/>	PROV.	<input type="text"/>
		STATO	<input type="text"/>
CITTADINANZA	<input type="text"/>		
RESIDENTE IN	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
		STATO	<input type="text"/>
INDIRIZZO	<input type="text"/>		CAP <input type="text"/>



## Domanda di permessi per l'assistenza ai familiari in condizione di disabilità grave - 3/5

- **Dichiaro** (solo se maggiorenne)
  - di essere figlio o affidato del richiedente
  - di essere parente o affine entro il terzo grado ( specificare rapporto di parentela o affinità: nipote, coniuge, ecc)
  - di essere convivente con il richiedente
  - di non essere convivente con il richiedente, ma di essere da lui assistito con sistematicità e adeguatezza
  - 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 essere impegnato in attività lavorativa e beneficiario dei permessi previsti dalla legge 104/92

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



## Domanda di permessi per l'assistenza ai familiari in condizione di disabilità grave - 4/5

### 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

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

- é figlio/affidato del richiedente
- é parente o affine entro il terzo grado (specificare rapporto di parentela o affinità: nipote, coniuge, ecc) \_\_\_\_\_
- è convivente con il richiedente
- non è convivente con il richiedente, ma è assistito con sistematicità ed adeguatezza
- è condizione di disabilità grave (art. 4, comma 1, della legge n.104/1992) accertata dalla Commissione ASL di \_\_\_\_\_
- è ricoverato a tempo pieno
- è impegnato in attività lavorativa e beneficiario dei permessi previsti dalla legge 104/92

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) \_\_\_\_\_



## Domanda di permessi per l'assistenza ai familiari in condizione di disabilità grave - 5/5

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

- assegno circolare
- bonifico presso ufficio postale di .....
- accredito sul conto corrente bancario o postale

**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 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 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. Il loro elenco completo ed aggiornato è disponibile sul sito [www.inps.it](http://www.inps.it).

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.



## Domanda di permessi per l'assistenza ai familiari in condizione di disabilità grave - 5/5

- **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)**
  - assegno circolare
  - bonifico presso ufficio postale di .....
  - accredito sul conto corrente bancario o postale

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 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 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. Il loro elenco completo ed aggiornato è disponibile sul sito [www.inps.it](http://www.inps.it).

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.



## Domanda di permessi per lavoratori in condizione di disabilità grave

(art. 33 comma 6 legge 104/1992)

Per ottenere i permessi, oltre a possedere i requisiti di legge, è necessario compilare il modulo in ogni sua parte. Il modulo deve essere presentato agli uffici Inps in duplice copia; una delle copie sarà restituita protocollata al lavoratore e dovrà essere consegnata al datore di lavoro, che ha la competenza e la gestione concreta dei permessi.

Inps invierà al lavoratore e al datore di lavoro il provvedimento di concessione o di diniego dei permessi.

### ● Requisiti

Il lavoratore deve essere nella condizione di disabilità grave (art. 3, comma 3, legge 104/1992) o di Grande invalido di guerra o equiparato.

- La condizione di disabilità grave deve essere accertata dalla competente Commissione ASL o, nell'attesa della decisione, dal medico specialista ASL. La sindrome di Down può essere accertata anche dal medico di base che rilascerà la relativa certificazione su presentazione del "cariotipo". La documentazione, rilasciata dalla Commissione ASL o dal medico di base, deve essere allegata al modulo.
- I Grandi invalidi di guerra o equiparati possono allegare il decreto di concessione rilasciato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, in cui deve essere oscurata la parte relativa alla diagnosi, o dalla copia dell'attestato di pensione.

### ● A chi spetta

Il richiedente deve avere un rapporto di lavoro dipendente in corso, coperto da assicurazione Inps per le prestazioni di maternità. Per i lavoratori agricoli a contratto stagionale i giorni di permesso possono essere riconosciuti solo se la durata del contratto è pari almeno ad un mese con previsione di attività per 6 giorni a settimana (o 5 in caso di settimana corta). Sono esclusi i lavoratori a domicilio e i lavoratori domestici.

### ● Cosa spetta

- permessi orari retribuiti rapportati all'orario giornaliero di lavoro : 2 ore al giorno in caso di orario lavorativo pari o superiore a 6 ore, 1 ora in caso di orario lavorativo inferiore a 6 ore.

#### in alternativa

- 3 giorni di permesso mensile utilizzabili anche frazionandoli in ore.

I permessi non usufruiti in un mese non possono essere cumulati nei mesi successivi. Per entrambe le tipologie di permessi spetta un'indennità corrispondente all'intero ammontare della retribuzione relativa ai periodi di permesso. I periodi sono coperti da contribuzione figurativa (da richiedere all'Inps). L'indennità è anticipata dal datore di lavoro ad eccezione dei lavoratori agricoli per i quali l'Inps provvede al pagamento diretto.

### ● Dati, informazioni e dichiarazioni indispensabili (articolo 1 comma 783 legge 296/2006)

- dati anagrafici del richiedente (pag.1)
- rapporto di lavoro in corso (pag.2)
- dichiarazione di essere in condizione di disabilità grave (pag.2)

### ● Documenti da allegare (la certificazione sanitaria va allegata in busta chiusa)

- per la disabilità grave deve essere allegata la documentazione rilasciata dalla Commissione ASL (anche in copia dichiarata autentica) o dal medico di base per la sindrome di Down
- per i Grandi invalidi di guerra ed equiparati deve essere allegata copia dell'attestato di pensione o del decreto di concessione rilasciato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze

### ● Decorrenza e durata

Il provvedimento di accoglimento non ha limiti temporali di validità ad eccezione del provvedimento emanato a seguito di riconoscimento temporaneo della disabilità grave. I permessi possono essere richiesti solo per periodi successivi alla presentazione della domanda.





## Domanda di permessi per lavoratori in condizione di disabilità grave

(art. 33 comma 6 legge 104/1992)

### ● Quando il disabile è impossibilitato a firmare

Nel caso in cui il disabile sia impossibilitato a firmare e sia soggetto a tutela, a curatela o ad amministrazione di sostegno, le dichiarazioni devono essere sottoscritte rispettivamente dal tutore, dall'interessato con l'assistenza del curatore, o dall'amministratore di sostegno (pag.3). La dichiarazione di chi si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute, è sostituita da quella resa dal coniuge, o in sua assenza dai figli o in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale (anche un funzionario Inps) che si accerta dell'identità del dichiarante. La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è accolta da un pubblico ufficiale (anche un funzionario Inps) che deve accertare l'identità del dichiarante (pag.2).

### ● Comunicazioni di variazioni

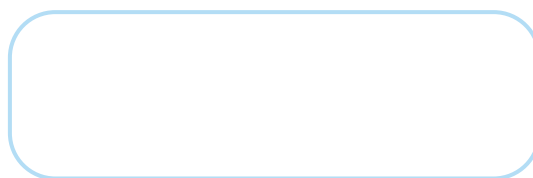
E' obbligatorio che il richiedente comunichi tempestivamente (entro 30 giorni) le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni dichiarate in questo modulo e in particolare:

- la revisione del giudizio di gravità della condizione di disabilità da parte della Commissione ASL o comunque la cessazione della validità del riconoscimento della disabilità grave
- le modifiche ai periodi di permesso richiesti ( in questo caso dovrà presentare domanda di modifica che annulla e sostituisce quella consegnata in precedenza)

### ● Detrazioni d'imposta

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

Se il richiedente vuole usufruire delle detrazioni d'imposta per carichi di famiglia è necessario dichiarare ogni anno di averne diritto (barrando l'apposita casella all'interno del modulo). È obbligatorio allegare il modulo MV10, debitamente compilato, disponibile sul sito [www.inps.it](http://www.inps.it). In mancanza non sarà riconosciuta la detrazione.



## Domanda di permessi per lavoratori in condizione di disabilità grave. - 1/4

(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



## Domanda di permessi per lavoratori in condizione di disabilità grave. - 2/4

### ● 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



## Domanda di permessi per lavoratori in condizione di disabilità grave. - 3/4

### 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

E-MAIL

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) \_\_\_\_\_



## Domanda di permessi per lavoratori in condizione di disabilità grave. - 4/4

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

- assegno circolare
- bonifico presso ufficio postale di \_\_\_\_\_
- accredito sul conto corrente bancario o postale

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. Il loro elenco completo ed aggiornato è disponibile sul sito [www.inps.it](http://www.inps.it).

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.



## Domanda di permessi per lavoratori in condizione di disabilità grave. - 4/4

- **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 (solo in caso di pagamento diretto)**
  - assegno circolare
  - bonifico presso ufficio postale di \_\_\_\_\_
  - accredito sul conto corrente bancario o postale

**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. Il loro elenco completo ed aggiornato è disponibile sul sito [www.inps.it](http://www.inps.it).

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.