



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

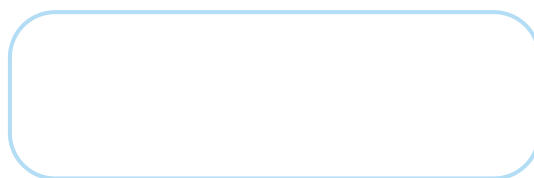
E' obbligatorio che il richiedente comunichi tempestivamente (entro 30 giorni) le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni dichiarate in questo modulo e in particolare:

- 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. 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.

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)

● 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.

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.