



Domanda di permessi per lavoratore disabile in situazione di gravità

Per ottenere i permessi, oltre a possedere i requisiti di legge occorre presentare la domanda all'Inps utilizzando il presente modulo (disponibile anche sul sito www.inps.it nella sezione Modulistica). Il modulo di domanda, compilato nelle parti di interesse, va presentato all'Inps di residenza (o di domicilio) personalmente o tramite un ente di patronato che offre assistenza gratuita, oppure può essere inviato per posta (tramite raccomandata con ricevuta di ritorno) allegando copia di un documento di riconoscimento. 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 in stato di handicap in situazione di gravità previsto dall'art. 3, comma 3, legge 104/1992 o Grande invalido di guerra o equiparato.

- La condizione di handicap in situazione di gravità deve essere accertata dalla competente Commissione ASL. A decorrere dal 01.01.2010 le suddette commissioni sono integrate da un medico dell'INPS.
- La sindrome di Down può essere accertata anche dal medico di base che rilascerà la relativa certificazione su presentazione del "cariotipo". La condizione di Grande invalido di guerra o equiparato è accertato 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.
- La documentazione sanitaria (anche in copia autenticata) deve essere allegata al modulo in busta chiusa.

● 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 stato di handicap in situazione di gravità (pag.2)

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

- per la disabilità in situazione di gravità deve essere allegato il relativo verbale rilasciato dalla competente Commissione ASL/INPS integrata ex art. 4 legge 104/92 (anche in copia dichiarata autentica) o, nell'attesa della decisione, laddove siano decorsi 90 giorni dalla presentazione della domanda, dal certificato provvisorio rilasciato dal medico specialista nella patologia denunciata, dipendente del SSN o assimilato
- per la sindrome di Down può essere allegata, in alternativa, la certificazione rilasciata dal medico di base corredata dal



Domanda di permessi per lavoratore disabile in situazione di gravità

(art. 33 comma 6 legge 104/1992)

cariotipo

- per i Grandi invalidi di guerra ed equiparati è sufficiente allegare 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.

● Quando il disabile in situazione di gravità è impossibilitato a firmare

Nel caso in cui il disabile in situazione di gravità 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 situazione di disabilità da parte della competente Commissione o comunque la cessazione della validità del riconoscimento dell'handicap in situazione di gravità
- 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 lavoratore disabile in situazione di gravità - 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

COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE _____ NATO/A IL GG/MM/AAAA _____

A _____ PROV. _____ STATO _____

CITTADINANZA _____

RESIDENTE IN _____ PROV. _____ STATO _____

INDIRIZZO _____ CAP _____

TELEFONO * _____ CELLULARE * _____

INDIRIZZO E-MAIL* _____

Chiedo

- di usufruire delle ore di permesso giornaliere (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 lavoratore disabile in situazione di gravità - 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 stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla Commissione (articolo 4 comma 1 legge 104/1992) 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 in situazione di gravità 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 in situazione di gravità 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 lavoratore disabile in situazione di gravità - 3/4

Dati e dichiarazione del tutore / curatore / amministratore di sostegno

Cognome _____ Nome _____ Codice fiscale _____

Nato il (gg/mm/aaaa) _____ A _____ Residente in _____

Indirizzo _____ C. A. P. _____

Telefono _____ Cellulare _____

Indirizzo 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

- svolge attività lavorativa a tempo pieno alle dipendenze dell'Azienda indicata nella prima pagina con qualifica di (impiegato, operaio, ecc.) _____
- svolge l'attività lavorativa a part time
 - orizzontale verticale: numero giorni lavorativi _____ n. giorni di lavoro effettivi _____
- svolge un orario giornaliero di lavoro paria a ore _____
- è in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla Commissione (articolo 4 comma 1 legge 104/1992) di _____

data _____

firma _____

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

- Certificato rilasciato dalla competente Commissione attestante lo stato di handicap in situazione di gravità
- Copia del decreto di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno.
- Altro (indicare) _____

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

- non chiedo alcuna detrazione
- chiedo le detrazioni per lavoro dipendente e assimilati (di cui all'art 13 del TUIR del DPR 917/1986)
- chiedo le detrazioni per carichi di famiglia (di cui all'art 13 del TUIR del DPR 917/1986)
(obbligatorio presentare il modello MV10 (disponibile sul sito www.inps.it))

Modalità di pagamento (in caso di pagamento diretto)

- bonifico presso ufficio postale di _____
- accredito sul conto corrente bancario o postale

Codice IBAN _____

composto da 27 caratteri



Domanda di permessi per lavoratore disabile in situazione di gravità - 4/4

● Delega al Patronato

Delego il patronato presso il quale eleggo domicilio (ai sensi dell'articolo 47 del codice civile) a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente nei confronti di Inps, per la trattazione della presente domanda.

Firma dell'operatore del Patronato _____

Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti.

Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

Data _____

Firma _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'Inps con sede in Roma, via Ciriaco De Mita, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto.

I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.

L'Inps la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di una agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.