

DOCUMENTI DA ALLEGARE E RIFERIMENTI:

SE I PERMESSI SI RICHIEDONO PER UN FAMILIARE:

- Fotocopia dei documenti di riconoscimento (carta d'identità/patente/passaporto) del richiedente e del disabile;
- Fotocopia delle tessere sanitarie magnetiche del richiedente e del disabile;
- Stato civile e data dello stato civile sia del richiedente sia del disabile: se coniugati anche i dati anagrafici dei coniugi e data di matrimonio; se separati/divorziati/vedovi serve anche la data di separazione/divorzio/vedovanza;
- Usare il **modello Hand. 2** e la “**dichiarazione del disabile**” che a pagina 2 va firmato dal familiare disabile per il quale si richiedono i permessi (se maggiorenne – quadro A) → se minorenni devono firmare entrambi i genitori negli appositi spazi (quadro B);
- Ultima (recente) busta paga del richiedente;
- Verbale L.104/1992 rilasciato dalla Commissione medica INPS;
- Indirizzo di residenza richiedente:

- Indirizzo di residenza disabile:

- Recapito telefonico richiedente:

- Indirizzo mail richiedente:

SE CITTADINO STRANIERO:

- Carta di soggiorno o permesso di soggiorno in corso di validità.

DATI SUL RAPPORTO DI LAV. DIPENDENTE DEL RICHIEDENTE:

Contratto a tempo	Determinato con scadenza il __/__/____	Indeterminato
Full time	SÌ	NO
Part time	Orizzontale con n° giorni lavorativi: __	Verticale con n° giorni lavorativi: __
N° ore di lavoro settimanali		

SE I PERMESSI LI RICHIEDE IL LAVORATORE DISABILE PER SE STESSO:

- Fotocopia del documento di riconoscimento (carta d'identità/patente/passaporto) del richiedente disabile;
- Fotocopia della tessera sanitaria magnetica del richiedente disabile;
- Stato civile e data dello stato civile sia del richiedente: se coniugato anche i dati anagrafici del coniuge e data di matrimonio; se separato/divorziato/vedovo serve anche la data di separazione/divorzio/vedovanza;

- Usare il **modello Hand. 3**;
- Ultima (recente) busta paga del richiedente disabile;
- Verbale L.104/1992 rilasciato dalla Commissione medica INPS;
- Indirizzo di residenza richiedente:

- Indirizzo mail richiedente:

SE CITTADINO STRANIERO:

- Carta di soggiorno o permesso di soggiorno in corso di validità.

DATI SUL RAPPORTO DI LAV. DIPENDENTE DEL RICHIEDENTE:

Contratto a tempo	Determinato con scadenza il __/__/____	Indeterminato
Full time	SÌ	NO
Part time	Orizzontale con n° giorni lavorativi: __	Verticale con n° giorni lavorativi: __
N° ore di lavoro settimanali		

Domanda di permessi per l'assistenza ai familiari disabili in situazione di gravità - 1/9

coniuge, parte dell'unione civile, convivente di fatto (art.1, commi 36 e 37, legge 76/2016), parenti e affini (legge n. 104/92 - decreto legislativo n. 151/2001)

ALL'UFFICIO INPS DI _____

All'Azienda _____

Indirizzo _____ Comune _____ Prov. _____
(sede legale)

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 _____

RELAZIONE CON LA PERSONA DISABILE _____

TELEFONO * _____ CELLULARE * _____

INDIRIZZO EMAIL ** _____

Chiedo

- Per assistere il coniuge, la parte dell'unione civile, il convivente di fatto (art.1, commi 36 e 37, legge 76/2016), i parenti e gli affini disabili in situazione di gravità

di usufruire di tre giorni di permesso mensile, anche frazionabili in ore dal _____ al _____ (gg/mm/aaaa)

- il pagamento diretto dell'indennità, in quanto lavoratore agricolo o lavoratore dello spettacolo saltuario o con contratto a termine

- Per assistere i figli, anche adottati o affidati, disabili in situazione di gravità minori di tre anni

di usufruire, in alternativa:

di tre giorni di permesso mensili, anche frazionabili in ore dal _____ al _____ (gg/mm/aaaa)

- del prolungamento del congedo parentale

dal _____ al _____ (gg/mm/aaaa) dal _____ al _____ (gg/mm/aaaa)

dal _____ al _____ (gg/mm/aaaa) dal _____ al _____ (gg/mm/aaaa)

- di 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

dal _____ al _____ (gg/mm/aaaa)

* È obbligatorio fornire uno dei riferimenti tra telefono e cellulare. Il n. di cellulare, in particolare, potrà essere utilizzato per comunicazioni tramite SMS inerenti alla domanda di prestazione.

** Dato facoltativo. L'indirizzo email potrà essere utilizzato per comunicazioni inerenti alla domanda di prestazione



Domanda di permessi per l'assistenza ai familiari disabili in situazione di gravità - 2/9

coniuge, parte dell'unione civile, convivente di fatto (art.1, commi 36 e 37, legge 76/2016), parenti e affini (legge n. 104/92 - decreto legislativo n. 151/2001)

- il pagamento diretto dell'indennità, in quanto lavoratore agricolo o lavoratore dello spettacolo saltuario o con contratto a termine
- Per assistere figli disabili in situazione di gravità di età compresa tra i tre e i dodici anni di vita e figli adottivi o affidati, disabili in situazione di gravità, che abbiano compiuto i tre anni di età ed entro dodici anni dall'ingresso in famiglia del minore**
di usufruire, in alternativa:
 - di tre giorni di permesso mensili, anche frazionabili in ore dal _____ al _____ (gg/mm/aaaa)
 - del prolungamento del congedo parentale
dal _____ al _____ (gg/mm/aaaa) dal _____ al _____ (gg/mm/aaaa)
dal _____ al _____ (gg/mm/aaaa) dal _____ al _____ (gg/mm/aaaa)
- il pagamento diretto dell'indennità, in quanto lavoratore agricolo o lavoratore dello spettacolo saltuario o con contratto a termine
- Per assistere figli disabili in situazione di gravità con età superiore a dodici anni, figli adottati o affidati oltre i dodici anni dal loro ingresso in famiglia**
 - di usufruire di tre giorni di permesso mensili, anche frazionabili in ore dal _____ al _____ (gg/mm/aaaa)
- il pagamento diretto dell'indennità, in quanto lavoratore agricolo o lavoratore dello spettacolo saltuario o con contratto a termine

● Dichiaro

- che il disabile è in situazione di disabilità grave (art. 3, comma 3, legge 104/92) accertata dalla Commissione Medica Integrata ASL/INPS (art. 20, legge n. 102 del 03.08.2009)
- che è stata presentata domanda alla Commissione Medica Integrata ASL/INPS (art. 20, legge n. 102 del 03.08.2009) per l'accertamento della disabilità in situazione di gravità (art. 3, comma 3, legge 104/92) il _____ (gg/mm/aaaa)⁽¹⁾
- che il disabile è affetto dalla Sindrome di Down
- che il disabile è Grande invalido di guerra
- che il disabile è affetto da patologia oncologica
- di essere nella seguente relazione con la persona disabile in situazione di gravità:
 - padre madre fratello sorella figlio coniuge
 - unito civilmente convivente di fatto (art.1, commi 36 e 37, legge 76/2016)
 - parente entro il secondo grado affine entro il secondo grado
- che nessun altro familiare, coniuge, parte dell'unione civile, convivente di fatto (art. 1, commi 36 e 37, legge 76/2016) beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona disabile in situazione di gravità
- che l'altro genitore beneficia dei permessi giornalieri per la stessa persona disabile in situazione di gravità alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di tre giorni complessivi tra i due genitori
- che nessun altro familiare, coniuge, parte dell'unione civile beneficia del congedo straordinario per la stessa persona disabile in situazione di gravità
- che l'altro genitore beneficia del congedo straordinario per la stessa persona disabile in situazione di gravità
- che la persona disabile in situazione di gravità non è ricoverata a tempo pieno
- che la persona disabile in situazione di gravità è ricoverata a tempo pieno, ma i sanitari della struttura hanno richiesto la mia presenza (allego documentazione)

(1) Solo nel caso in cui si richiedano i permessi sulla base di un certificato provvisorio.



Domanda di permessi per l'assistenza ai familiari disabili in situazione di gravità - 3/9

coniuge, parte dell'unione civile, convivente di fatto (art.1, commi 36 e 37, legge 76/2016), parenti e affini (legge n. 104/92 - decreto legislativo n. 151/2001)

- di svolgere attività lavorativa alle dipendenze dell'Azienda indicata nella prima pagina
matricola Inps dell'Azienda (per le aziende agricole indicare partita IVA o codice fiscale) _____
settore di appartenenza (industria, artigianato, terziario, servizi, agricoltura, ecc.) _____
qualifica (impiegato, operaio, ecc.) _____
con contratto a tempo indeterminato a tempo determinato con scadenza il _____ (gg/mm/aaaa)
- di svolgere l'attività lavorativa part time:
 - orizzontale verticale: n. giorni lavorativi _____ n. giorni di lavoro effettivi _____
- di svolgere un orario di lavoro pari ad ore _____
- di essere parente/affine di terzo grado della persona disabile in situazione di gravità ma che la stessa: (1)
 - non è coniugata non è unita civilmente non è convivente di fatto (art. 1, commi 36 e 37, legge 76/2016)
 - è coniugata, ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età
 - è unita civilmente, ma la parte dell'unione, ha compiuto 65 anni di età
 - è convivente di fatto (art.1, commi 36 e 37, legge 76/2016), ma il convivente ha compiuto 65 anni di età
 - è coniugata, ma il coniuge è affetto da patologia invalidante (2)
 - è unita civilmente, ma la parte dell'unione è affetto da patologia invalidante (2)
 - è convivente di fatto (art.1, commi 36 e 37, legge 76/2016), ma il convivente è affetto da patologia invalidante (2)
 - il coniuge è deceduto
 - la parte dell'unione è deceduta
 - il convivente di fatto (art.1, commi 36 e 37, legge 76/2016) è deceduto
 - è separata legalmente o divorziata come certificato dal Tribunale di _____
con provv. n. _____ del _____
 - è sciolto dall'unione civile come certificato dal Comune di _____
con provv. n. _____ del _____
 - è cessato dalla convivenza di fatto (art.1, commi 36 e 37, legge 76/2016)
 - è coniugata, ma in situazione di abbandono
data del provvedimento _____ n. _____ rilasciato da (3) _____
 - è unita civilmente, ma in situazione di abbandono
data del provvedimento _____ n. _____ rilasciato da (3) _____
 - è convivente di fatto (art.1, commi 36 e 37, legge 76/2016), ma in situazione di abbandono
data del provvedimento _____ n. _____ rilasciato da (3) _____
 - ha uno o entrambi i genitori deceduti ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età
 - ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante (2)

(1) Ai fini del diritto alla fruizione dei permessi è sufficiente la sussistenza di una delle condizioni elencate.

(2) Per patologie invalidanti si intendono soltanto quelle, a carattere permanente, indicate dall'art. 2 del Decreto Interministeriale n. 278 del 21/7/2000. In tale caso deve essere allegata, in busta chiusa indirizzata al UOC/UOS territorialmente competente, idonea documentazione del medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato o del medico di medicina generale o della struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico.

(3) Lo stato giuridico di abbandono deve risultare dalla documentazione rilasciata dall'autorità giudiziaria o da altra pubblica autorità.



Domanda di permessi per l'assistenza ai familiari disabili in situazione di gravità - 4/9

coniuge, parte dell'unione civile, convivente di fatto (art.1, commi 36 e 37, legge 76/2016), parenti e affini (legge n. 104/92 - decreto legislativo n. 151/2001)

- dati del coniuge, della parte dell'unione civile, del convivente di fatto (art.1, commi 36 e 37, legge 76/2016) della persona disabile in situazione di gravità:

Cognome _____ Nome _____ Codice fiscale _____

Nato/a il (gg/mm/aaaa) _____ a _____ Prov. _____

- dati dei genitori della persona disabile in situazione di gravità:

Cognome _____ Nome _____ Codice fiscale _____

Nato/a il (gg/mm/aaaa) _____ a _____ Prov. _____

Cognome _____ Nome _____ Codice fiscale _____

Nato/a il (gg/mm/aaaa) _____ a _____ Prov. _____

- di risiedere in comune situato a distanza stradale pari o inferiore a 150 km rispetto alla residenza della persona disabile in situazione di gravità
- di risiedere in comune situato a distanza stradale superiore a 150 km rispetto alla residenza della persona disabile in situazione di gravità

In caso il richiedente fruisca/intenda fruire dei permessi anche per altro disabile in situazione di gravità

- di essere nella seguente relazione con la persona disabile in situazione di gravità:
 - padre madre fratello sorella figlio coniuge
 - unito civilmente convivente di fatto (art.1, commi 36 e 37, legge 76/2016)
- di essere parente/affine di secondo grado della persona disabile in situazione di gravità ma che la stessa: (1)
 - non è coniugata non è unita civilmente non è convivente di fatto (art. 1, commi 36 e 37, legge 76/2016)
 - è coniugata, ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età
 - è unita civilmente, ma la parte dell'unione, ha compiuto 65 anni di età
 - è convivente di fatto (art.1, commi 36 e 37, legge 76/2016), ma il convivente ha compiuto 65 anni di età
 - è coniugata, ma il coniuge è affetto da patologia invalidante (2)
 - è unita civilmente, ma la parte dell'unione è affetto da patologia invalidante (2)
 - è convivente di fatto (art.1, commi 36 e 37, legge 76/2016), ma il convivente è affetto da patologia invalidante (2)
 - il coniuge è deceduto
 - la parte dell'unione è deceduta
 - il convivente di fatto (art.1, commi 36 e 37, legge 76/2016) è deceduto
 - è separata legalmente o divorziata come certificato dal Tribunale di _____ con provv. n. _____ del _____
 - è sciolto dall'unione civile come certificato dal Comune di _____ con provv. n. _____ del _____
 - è cessato dalla convivenza di fatto (art.1, commi 36 e 37, legge 76/2016)

(1) Ai fini del diritto alla fruizione dei permessi è sufficiente la sussistenza di una delle condizioni elencate.

(2) Per patologie invalidanti si intendono soltanto quelle, a carattere permanente, indicate dall'art. 2 del Decreto Interministeriale n. 278 del 21/7/2000. In tale caso deve essere allegata, in busta chiusa indirizzata al UOC/UOS territorialmente competente, idonea documentazione del medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato o del medico di medicina generale o della struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico.

(3) Lo stato giuridico di abbandono deve risultare dalla documentazione rilasciata dall'autorità giudiziaria o da altra pubblica autorità.



Domanda di permessi per l'assistenza ai familiari disabili in situazione di gravità - 5/9

coniuge, parte dell'unione civile, convivente di fatto (art.1, commi 36 e 37, legge 76/2016), parenti e affini (legge n. 104/92 - decreto legislativo n. 151/2001)

- è coniugata, ma in situazione di abbandono
data del provvedimento _____ n. _____ rilasciato da (3) _____
- è unita civilmente, ma in situazione di abbandono
data del provvedimento _____ n. _____ rilasciato da (3) _____
- è convivente di fatto (art.1, commi 36 e 37, legge 76/2016), ma in situazione di abbandono
data del provvedimento _____ n. _____ rilasciato da (3) _____
- ha uno o entrambi i genitori deceduti ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età
- ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante (2)

- dati del coniuge, della parte dell'unione civile, del convivente di fatto (art.1, commi 36 e 37, legge 76/2016) della persona disabile in situazione di gravità:

Cognome _____ Nome _____ Codice fiscale _____

Nato/a il (gg/mm/aaaa) _____ a _____ Prov. _____

- dati dei genitori della persona disabile in situazione di gravità:

Cognome _____ Nome _____ Codice fiscale _____

Nato/a il (gg/mm/aaaa) _____ a _____ Prov. _____

Cognome _____ Nome _____ Codice fiscale _____

Nato/a il (gg/mm/aaaa) _____ a _____ Prov. _____

● 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)

● Dati della persona disabile in situazione di gravità

Cognome _____ Nome _____ Codice fiscale _____

Nato/a il (gg/mm/aaaa) _____ a _____ Prov. _____

Stato _____ Cittadinanza _____ Residente in _____

Stato _____ Indirizzo _____ CAP _____

● Dichiaro (solo se maggiorenne)

- di essere coniuge, parte dell'unione civile, convivente di fatto (art.1, commi 36 e 37, legge 76/2016), parente o affine entro il secondo grado _____ (specificare rapporto di parentela o affinità. es.: figlio, cognato, ecc.) del richiedente dal quale intendo essere assistito
- di essere parente o affine di terzo grado _____ (specificare rapporto di parentela o affinità. es.: nipote, zio) del richiedente dal quale intendo essere assistito e di essere nelle condizioni dichiarate a pag. 2 e 3 del modulo dal richiedente medesimo
- di essere in stato di disabilità in situazione di gravità accertato dalla Commissione Medica Integrata ASL/INPS (art. 20, legge n. 102 del 03.08.2009)
- che è stata presentata domanda alla Commissione Medica Integrata ASL/INPS (art. 20, legge n. 102 del 03.08.2009) per l'accertamento della disabilità in situazione di gravità (art. 3, comma 3, legge 104/92) il _____ (gg/mm/aaaa) (1)

(1) Solo nel caso in cui si richiedano i permessi sulla base di un certificato provvisorio.

(2) Per patologie invalidanti si intendono soltanto quelle, a carattere permanente, indicate dall'art. 2 del Decreto Interministeriale n. 278 del 21/7/2000. In tale caso deve essere allegata, in busta chiusa indirizzata al UOC/UOS territorialmente competente, idonea documentazione del medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato o del medico di medicina generale o della struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico.

(3) Lo stato giuridico di abbandono deve risultare dalla documentazione rilasciata dall'autorità giudiziaria o da altra pubblica autorità.



Domanda di permessi per l'assistenza ai familiari disabili in situazione di gravità - 6/9

coniuge, parte dell'unione civile, convivente di fatto (art.1, commi 36 e 37, legge 76/2016), parenti e affini (legge n. 104/92 - decreto legislativo n. 151/2001)

- di essere affetto dalla Sindrome di Down
- di essere Grande invalido di guerra
- di essere affetto da patologia oncologica
- di non essere ricoverato a tempo pieno
- di essere ricoverato a tempo pieno, ma i sanitari della struttura hanno richiesto la presenza del richiedente (allego documentazione)
- di essere impegnato in attività lavorativa e beneficiario dei permessi previsti dalla legge 104/92.

Firma del disabile

Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato, la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento di identità in corso di validità

Spazio riservato all'Ufficio

La firma della persona disabile è stata apposta in mia presenza; ho identificato il sottoscrittore che ha esibito un documento d'identità.

Nome e firma dell'addetto _____

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

Io sottoscritto/a _____ ho prestato questa dichiarazione in qualità di (tipo di relazione con il disabile) _____ del disabile che si trova in una condizione di impedimento temporaneo per ragioni di salute.

Firma del familiare del disabile _____

Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato, la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento di identità in corso di validità

Spazio riservato al Pubblico Ufficiale

Attesto che tale dichiarazione è stata resa dal sig. _____
(estremi di un documento di riconoscimento) _____ il quale ha altresì dichiarato di essere (tipo di relazione con il disabile) _____ del disabile che si trova in una condizione 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 disabile, 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 disabili in situazione di gravità - 7/9

coniuge, parte dell'unione civile, convivente di fatto (art.1, commi 36 e 37, legge 76/2016), parenti e affini (legge n. 104/92 - decreto legislativo n. 151/2001)

● Dati e dichiarazione del tutore / curatore / amministratore di sostegno

Cognome _____ Nome _____ Codice fiscale _____
 Nato/a il (gg/mm/aaaa) _____ a _____ Residente in _____
 Indirizzo _____ C. A. P. _____ Telefono* _____
 Cellulare* _____ Indirizzo email* _____

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).

Decreto di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno n. _____ del _____

● Dati della persona disabile in situazione di gravità

Cognome _____ Nome _____ Codice fiscale _____
 Nato/a il (gg/mm/aaaa) _____ a _____ Prov. _____
 Stato _____ Cittadinanza _____ Residente in _____
 Prov. _____ Stato _____ Indirizzo _____ CAP _____

● Dichiaro che il disabile in situazione di gravità

- è coniuge, parte dell'unione civile, convivente di fatto (art.1, commi 36 e 37, legge 76/2016), parente o affine entro il secondo grado (specificare rapporto di parentela o affinità. es.: figlio, cognato, ecc.) _____ del richiedente dal quale intende essere assistito
- è parente o affine di terzo grado (specificare rapporto di parentela o affinità. es.: nipote, zio) _____ del richiedente dal quale intende essere assistito e di essere nelle condizioni dichiarate a pag. 2 e 3 del modulo dal richiedente medesimo
- è in stato di disabilità in situazione di gravità accertato dalla competente Commissione Medica Integrata ASL/INPS (art. 20, legge 03.08.2009, n. 102)
- ha presentato domanda alla Commissione Medica Integrata ASL/INPS (art. 20, legge n. 102 del 03.08.2009) per l'accertamento della disabilità in situazione di gravità (art. 3, comma 3, legge 104/92) il _____ (gg/mm/aaaa) (1)
- è affetto dalla Sindrome di Down
- è Grande invalido di guerra
- è affetto da patologia oncologica
- non è ricoverato a tempo pieno
- è ricoverato a tempo pieno, ma i sanitari della struttura hanno richiesto l'assistenza del richiedente (allego documentazione)
- è impegnato in attività lavorativa e beneficiario dei permessi previsti dalla legge 104/92.

Firma del tutore, curatore o amministratore di sostegno _____

Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato, la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento di identità in corso di validità

Spazio riservato all'Ufficio

La firma del tutore, curatore o amministratore di sostegno è stata apposta in mia presenza; ho identificato il sottoscrittore che ha esibito un documento d'identità.

Nome e firma dell'addetto _____

* Dati facoltativi

(1) Solo nel caso in cui si richiedano i permessi sulla base di un certificato provvisorio.



Domanda di permessi per l'assistenza ai familiari disabili in situazione di gravità - 8/9


coniuge, parte dell'unione civile, convivente di fatto (art.1, commi 36 e 37, legge 76/2016), parenti e affini (legge n. 104/92 - decreto legislativo n. 151/2001)

● **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. 12 del TUIR del DPR 917/1986).
(obbligatorio presentare il modulo MV10, disponibile sul sito www.inps.it)

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

- Bonifico domiciliato presso ufficio postale
(Il pagamento in contanti presso lo sportello postale è consentito solo entro il limite previsto dalla normativa vigente)
- Accreditamento su conto corrente bancario o postale – libretto postale – carta di pagamento dotata di IBAN
(In tale caso deve essere compilato e inviato il modello SR163 come da informativa)

 **CODICE IBAN**

(composto da 27 caratteri)

L'IBAN è intestato o cointestato al richiedente la prestazione

● **Mandato di assistenza e rappresentanza**

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

Patronato scelto _____

Timbro del Patronato e firma dell'operatore _____

Data _____

Firma del richiedente _____

Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato, la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento di identità in corso di validità

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

- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità
- Certificato rilasciato dal Medico di base attestante la Sindrome di Down (in busta chiusa)
- Altro (indicare) _____

● **Dichiarazione di responsabilità**

Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

Dichiaro che le notizie da me fornite in questo modulo ed i documenti ad esso allegati rispondono a verità; sono consapevole che l'INPS effettuerà controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive e che, in caso di dichiarazioni false, sono previste sanzioni penali e la decadenza dai benefici ottenuti (artt. 46, 47, 71, 75 e 76 D.P.R. 445/2000).

Data _____

Firma del richiedente _____

Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato, la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento di identità in corso di validità



Domanda di permessi per l'assistenza ai familiari disabili in situazione di gravità - 9/9

coniuge, parte dell'unione civile, convivente di fatto (art.1, commi 36 e 37, legge 76/2016), parenti e affini (legge n. 104/92 - decreto legislativo n. 151/2001)

Spazio riservato all'Ufficio

La firma del richiedente è stata apposta in mia presenza; ho identificato il sottoscrittore che ha esibito un documento d'identità.

Nome e firma dell'addetto _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante il "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 in materia di protezione dei dati personali (d'ora in avanti "Codice"), da altre leggi e da regolamenti, al fine di definire l'istanza e svolgere le eventuali altre funzioni istituzionali ad essa connesse. Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati ed istruiti, secondo logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti. I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche o a privati soltanto alle condizioni previste dal Codice e solo eccezionalmente potranno essere conosciuti da altri soggetti, che forniscono servizi per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili per il trattamento dei dati personali designati dall'Istituto. Il conferimento dei dati non contrassegnati con un asterisco è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano. L'Inps la informa, infine, che può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente per l'istruttoria della presente domanda; se si tratta di un'agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore della struttura territorialmente competente anche per il tramite dell'agenzia stessa.



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.

MANDATO DI ASSISTENZA E RAPPRESENTANZA

(attività di cui all'art.10 c.3 della L.n.152/01, come modificato dalla L.n. 190/14, agli artt. 2 e 3 del DM 16/09/2015 ed alla convenzione con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali del 08/11/2017)

ASSISTITO	Io sottoscritto/a _____ C.F. _____ <small>cognome nome</small>
	data di nascita _____ comune di nascita _____ cittadinanza _____
	sesto: _____ Indirizzo _____ C.A.P. _____
	comune di residenza _____ tel./cell. _____ e-mail _____
con il presente atto, conferisco mandato a rappresentarmi e ad assistermi, ai sensi dell'art. 10 comma 3 della legge n. 152/01, degli artt. 2 e 3 del DM del 16 settembre 2015 "Individuazione delle prestazioni non rientranti nel finanziamento per le quali è ammesso il pagamento di un contributo per l'erogazione del servizio a favore degli Istituti di patronato e di assistenza sociali, da parte dell'utenza o degli enti pubblici beneficiari", e della convenzione con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali n.12975 del 08/11/2017 al Patronato INAS Sede di _____ (istituto erogatore della prestazione e, se estero, Paese) presso il quale eleggo domicilio ai sensi dell'art. 47 del CC, nei confronti del _____ per lo svolgimento della pratica relativa a _____	
Il Presente mandato può essere revocato. Firma Assistito _____	
OPERATORE	_____ data _____ <small>cognome nome</small>
	C.F. _____ Sede _____ Firma _____
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> INAS - CISL <small>timbro</small> </div>	

INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO (GDPR n. 2016/679 e normativa nazionale di armonizzazione vigente) Il Patronato INAS informa che:

Tipologia dei dati personali e finalità del trattamento: effettuerà il trattamento dei dati personali forniti dal sottoscritto, nel rispetto della normativa sopra richiamata e il trattamento avrà ad oggetto i dati, eventualmente anche di natura particolare, nonché sanitari e giudiziari, necessari all'espletamento del presente mandato di assistenza.

Ambito di comunicazione dei dati personali: i dati personali potranno essere comunicati agli Enti o Organismi pubblici o privati, nazionali o esteri, a persone fisiche o giuridiche competenti, anche in modo strumentale, per il corretto adempimento di tutto o parte dell'incarico conferito. I dati personali con esclusione di quelli di natura particolare, nonché sanitari e giudiziari, potranno anche essere comunicati ad altri soggetti o organismi appartenenti o aderenti alla CISL, Associazione/Organizzazione Promotrice del Patronato INAS per finalità proprie dell'Associazione/Organizzazione stessa o degli organismi ad essa appartenenti o aderenti, avendo come fine il miglioramento complessivo e la promozione dei servizi offerti ai lavoratori e cittadini.

Modalità del trattamento: il trattamento sarà effettuato manualmente e/o in forma automatizzata, rispettando le prescrizioni dettate dalla normativa sopra richiamata, in modo da ridurre i rischi di distruzione o perdita, di accesso non autorizzato o di trattamento non conforme alle finalità della raccolta.

Necessità del conferimento dei dati: il conferimento dei dati personali è essenziale per l'adempimento del mandato conferito. L'eventuale rifiuto di comunicare tali informazioni, nonché la mancata sottoscrizione del modulo per il rilascio del consenso di cui al punto 1, comporteranno l'impossibilità di svolgere l'attività di assistenza richiesta.

Diritti riconosciuti all'interessato: in relazione al trattamento dei dati personali, il sottoscritto può esercitare, i diritti riconosciutigli dall'art. 15 all'art. 22 del GDPR n. 2016/679, ed esemplificativamente il diritto di accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, portabilità ed opposizione, contattando il Responsabile della protezione dei dati personali (DPO). L'interessato ha altresì il diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento.

Titolare e Responsabile della protezione dei dati personali: il titolare del trattamento dei dati è il Patronato INAS nella persona del Presidente Nazionale, legale rappresentante domiciliato per la carica in Roma Viale Regina Margherita 83/d. Il responsabile della protezione dei dati personali (DPO) è reperibile all'indirizzo mail DPO.INAS@inas.it o inviando una raccomandata all'indirizzo DPO – INAS Viale Regina Margherita 83/d – 00198 Roma. Per quanto non espressamente indicato nella presente informativa si rinvia a quella completa sottoposta all'interessato prima della sottoscrizione.

L'Assistito, avendo ricevuto, a norma di quanto previsto dall'art. 13 del GDPR n. 2016/679 (d'ora in avanti "Regolamento") l'informativa completa sul trattamento dei propri dati personali:

Punto 1 - fornisce il consenso al trattamento dei propri dati personali ivi espressamente compresi quelli di natura particolare, nonché sanitari e giudiziari, con le modalità sopra indicate per il conseguimento delle finalità del presente mandato, nonché per l'adempimento degli obblighi ad esso connessi, previsti dalla normativa in materia, autorizzando il Patronato INAS ad accedere alle banche dati degli Enti eroganti le prestazioni, per l'acquisizione dei dati necessari all'assolvimento dell'incarico.

Firma Assistito _____

Punto 2 - presta il proprio consenso al Patronato INAS affinché i propri dati, eccetto quelli di natura particolare, nonché sanitari e giudiziari: a) siano utilizzati per le ulteriori attività statutarie del medesimo, nonché per attività di promozione e/o informazione di ulteriori servizi non oggetto del presente mandato; b) siano comunicati ad altri soggetti o organismi appartenenti o aderenti alla CISL affinché li utilizzino per finalità proprie e/o per la promozione dei propri servizi; c) siano comunicati ad altri soggetti con i quali il Patronato abbia stipulato convenzioni e/o accordi nello svolgimento dell'attività istituzionale, affinché li utilizzino per finalità proprie e/o per la promozione di propri servizi.

Firma Assistito _____

N.B. Il mandato si perfeziona con timbro e firma dell'operatore di patronato.

ATTO DI DELEGA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
residente in _____ CAP _____ Comune _____
codice fiscale _____ documento di identità n. _____
rilasciato da _____ il _____

DELEGA

Il/la sig./ra _____ nato/a _____ il _____
residente _____ CAP _____ Comune _____
codice fiscale _____ documento di identità n. _____
rilasciato da _____ il _____

AD EFFETTUARE

(indicare il tipo di operazione oggetto della delega)

(Luogo e data)

(Firma delegante)

Il/la sottoscritto/a (DELEGATO) _____ dichiara di aver ricevuto dal Patronato
INAS-CISL di _____ la documentazione in originale utilizzata per l'operazione
oggetto della delega sopra indicata.

(Luogo e data)

(Firma delegato)

Il/la sottoscritto/a (DELEGATO) _____ letta l'informativa, autorizza il
Patronato INAS-CISL al trattamento dei propri dati personali per le sole finalità dell'attività delegata.

(Luogo e data)

(Firma delegato)

Allegare fotocopia del documento di identità del delegante, del delegato e mandato/conferimento sottoscritto dal delegante

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Patronato INAS CISL, con sede in Roma - Viale Regina Margherita 83/d (CAP 00198), in qualità di Titolare del trattamento, La informa ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n. 2016/679 (in seguito, "GDPR") e della normativa nazionale di armonizzazione vigente, che i Suoi dati saranno trattati con le modalità e per le finalità seguenti:

Oggetto e finalità del Trattamento Il Titolare tratta i dati personali, identificativi (esemplificativamente, nome, cognome, indirizzo, telefono, e-mail), al solo scopo di consentire lo svolgimento dell'attività di cui alla delega.

Modalità di trattamento Il trattamento dei Suoi dati personali è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'art. 4 n. 2) GDPR e specificamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati.

I Suoi dati personali sono sottoposti a trattamento sia cartaceo che elettronico e/o automatizzato.

Il Titolare tratterà i dati personali per il tempo necessario per adempiere alle finalità di cui sopra e comunque per non oltre 10 anni dalla cessazione del rapporto di mandato con il delegante (obblighi derivanti dalla L.152/2001, ecc.).

Accesso ai dati Suoi dati potranno essere resi accessibili per le finalità di cui sopra:

a dipendenti, comandati, stagisti o beneficiari di convenzione per percorsi in alternanza scuola-lavoro, nonché collaboratori volontari e gratuiti del Titolare in Italia e all'estero, nella loro qualità di responsabili interni del trattamento e/o amministratori di sistema;

Comunicazione dei dati Senza la necessità di un espresso consenso (ex art. 6 lett. b) e c) GDPR), il Titolare potrà comunicare i Suoi dati ad Organismi di vigilanza (es. Ministero del Lavoro), Autorità giudiziarie, nonché a quei soggetti per i quali la comunicazione sia resa obbligatoria per legge per l'espletamento delle finalità dette. Detti soggetti tratteranno i dati nella loro qualità di autonomi titolari del trattamento.

Trasferimento dati I dati personali sono conservati su server ubicati a Roma(RM), all'interno dell'Unione Europea. Il Titolare assicura che il trasferimento dei dati verso paesi extra UE avverrà in conformità alle disposizioni di legge applicabili, previa stipula di clausole contrattuali standard previste dalla Commissione Europea.

Natura del conferimento dei dati e conseguenze del rifiuto di rispondere Il conferimento dei dati per le finalità di cui sopra è obbligatorio. In loro assenza, non potremo dare seguito alla delega conferitale.

Diritti dell'interessato Nella Sua qualità di interessato, ha i diritti di cui all' art. 15 GDPR e precisamente i diritti di:

ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile;

-ottenere l'indicazione: a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art. 3, comma 1, GDPR; e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati;

- ottenere: a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato;

- opporsi, in tutto o in parte: a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che La riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; b) al trattamento di dati personali che La riguardano a fini di invio di materiale informativo o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione istituzionale.

Resta salva la possibilità per l'interessato di esercitare il diritto di opposizione anche solo parziale. Pertanto, l'interessato può decidere di ricevere solo comunicazioni mediante modalità tradizionali ovvero solo comunicazioni automatizzate oppure nessuna delle due tipologie di comunicazione.

Ove applicabili, ha altresì i diritti di cui agli artt. 16-21 GDPR:

-diritto di rettifica – lei ha il diritto di ottenere dal titolare del trattamento la rettifica dei dati personali inesatti che la riguardano;

-diritto all'oblio – lei ha il diritto di ottenere la cancellazione dei suoi dati nei casi previsti dall'art. 17 c. 1 del GDPR;

-diritto di limitazione di trattamento – Lei ha il diritto a che l'utilizzo dei dati e, quindi, il trattamento, sia limitato a quanto necessario ai fini della conservazione.

-diritto alla portabilità dei dati – su sua specifica richiesta, in tal senso, lei ha il diritto di ottenere dal titolare del trattamento i dati personali oggetto di trattamento elettronico/informatico forniti allo stesso e di trasmetterli ad altro Titolare del trattamento. Tali dati le verranno forniti, sempre previa richiesta, nel formato ritenuto più agevole ed opportuno per consentirle il più agevole utilizzo degli stessi;

-diritto di opposizione – lei ha il diritto di opporsi al trattamento dei dati personali che lo riguardano ai sensi dell'articolo 6, paragrafo 1, lettere e) o f) per motivi connessi alla sua situazione particolare, compresa la profilazione, Lei potrà opporsi al trattamento, per motivi connessi alla sua situazione particolare, salvo che il trattamento sia necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico;

-nonché il diritto di reclamo all'Autorità Garante – Fatta salva ogni altra azione in sede amministrativa o giudiziale, è possibile presentare un reclamo all'Autorità nazionale di controllo competente (Garante). Nell'ipotesi in cui Lei risieda in altro Stato membro UE o la violazione della normativa privacy avvenga in altro Stato membro UE, la competenza in relazione al reclamo sarà dell'Autorità di controllo di tale Paese.

Modalità di esercizio dei diritti Potrà in qualsiasi momento esercitare i suoi diritti inviando una e-mail all'indirizzo DPO.INAS@inas.it o inviando una raccomandata a DPO-INAS Viale Regina Margherita 83/d, 00198 Roma

Titolare, Responsabile della protezione dei dati (DPO) Il Titolare del trattamento è INAS CISL, con sede in Roma - Viale Regina Margherita 83/d (CAP 00198).

L'elenco aggiornato dei responsabili e dei sub-responsabili del trattamento è custodito presso la sede legale del Titolare del trattamento. È possibile contattare il DPO, già nominato e comunicato all'autorità Garante, inviando una mail all'indirizzo DPO.INAS@inas.it o inviando una raccomandata a DPO-INAS Viale Regina Margherita 83/d, 00198 Roma.

Dichiarazione del disabile in situazione di gravità - 1/4

(da allegare alla Domanda di permesso o congedo retribuito per lavoratori dipendenti con familiari disabili)

ALL'UFFICIO INPS DI

● Dati richiedente

COGNOME NOME

CODICE FISCALE

NATO/A IL GG/MM/AAAA A PROV.

CITTADINANZA

RESIDENTE IN PROV.

INDIRIZZO CAP

DOMICILIATO IN PROV.

INDIRIZZO CAP

Grado di parentela del richiedente con il disabile: _ _ _ _ _

Tipo di permesso: giorni di permesso mensile (articolo 33, comma 3 della legge 104 del 1992)
 congedo (articolo 42, comma 5 del decreto legislativo 151 del 2001)

Periodo richiesto: dal (gg/mm/aaaa) _ _ _ _ _

● Dati della persona disabile in situazione di gravità

COGNOME NOME

CODICE FISCALE

NATO/A IL GG/MM/AAAA A PROV.

CITTADINANZA

RESIDENTE IN PROV.

INDIRIZZO CAP

Avvertenza:

- se il disabile è maggiorenne, capace di intendere e di volere, la dichiarazione va resa e sottoscritta dal medesimo (Quadro A)
- se il disabile è soggetto a curatela o ad amministrazione di sostegno, la dichiarazione va resa e sottoscritta dal medesimo con l'assistenza del curatore o dell'amministratore di sostegno, ai sensi dell'articolo 5 del Decreto del Presidente della Repubblica 445 del 2000 (Quadri A e B)
- se il disabile è minorenne o soggetto a tutela, la dichiarazione va resa e sottoscritta rispettivamente da chi esercita la responsabilità genitoriale o dal tutore (Quadro B)

Dichiarazione del disabile in situazione di gravità - 2/4

(da allegare alla Domanda di permesso o congedo retribuito per lavoratori dipendenti con familiari disabili)

● A - Dichiarazione del disabile maggiorenne capace di intendere e di volere lo sottoscritto/a

COGNOME NOME

- **Dichiaro** di essere nelle condizioni dichiarate dal richiedente dal quale intendo essere assistito.
- **Allego** copia di un mio documento di riconoscimento in corso di validità.

Data _ _ _ _ _ Firma del disabile* _ _ _ _ _

(*In caso di impedimento alla firma da parte del disabile compilare la sezione **Spazio riservato all'Ufficio** presente a fine modulo)

● B - Dati e dichiarazione di chi esercita la responsabilità genitoriale o del tutore o del curatore o dell'amministratore di sostegno lo sottoscritto/a

COGNOME NOME

CODICE FISCALE

NATO/A IL GG/MM/AAAA A PROV.

CITTADINANZA

RESIDENTE IN PROV.

INDIRIZZO CAP

TELEFONO

CELLULARE

EMAIL

in qualità di:

- esercente la responsabilità genitoriale tutore curatore amministratore di sostegno

(chi esercita la responsabilità genitoriale deve indicare i seguenti dati solo nel caso in cui tale responsabilità derivi da provvedimento giurisdizionale)

Decreto di nomina numero** _ _ _ _ _ del** (gg/mm/aaaa) _ _ _ _ _

rilasciato dal Tribunale di** _ _ _ _ _

** Dati obbligatori

- **Dichiaro** che la persona disabile in situazione di gravità (articolo 3, comma 3, legge 104 del 1992) si trova nelle condizioni dichiarate dal richiedente dal quale intende essere assistito.
- **Allego** copia di un mio documento di riconoscimento in corso di validità.

Data _ _ _ _ _

Firma del genitore/tutore/curatore/amministratore di sostegno _ _ _ _ _

Dichiarazione del disabile in situazione di gravità - 3/4

(da allegare alla Domanda di permesso o congedo retribuito per lavoratori dipendenti con familiari disabili)

● C - Dati e dichiarazione dell'altro genitore (in caso di disabile minorenni) lo sottoscritto/a

COGNOME	<input type="text"/>	NOME	<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"/>
CITTADINANZA	<input type="text"/>		
RESIDENTE IN	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
INDIRIZZO	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
TELEFONO	<input type="text"/>		
CELLULARE	<input type="text"/>		
EMAIL	<input type="text"/>		

- **Dichiaro** che la persona disabile in situazione di gravità (articolo 3, comma 3, legge 104 del 1992) si trova nelle condizioni dichiarate dal richiedente dal quale intende essere assistito.
- **Allego** copia di un mio documento di riconoscimento in corso di validità.

Data _ _ _ _ _

Firma dell'altro genitore _ _ _ _ _

● Dichiarazione di responsabilità del richiedente

lo sottoscritto,

cognome _ _ _ _ _ nome _ _ _ _ _

dichiaro di essere in possesso dell'originale della presente dichiarazione relativa all'indicazione del familiare a cui presto assistenza e di impegnarmi a conservarlo e a produrlo all'INPS per ogni eventuale verifica connessa all'istruttoria relativa alla domanda per l'assistenza del familiare disabile.

- **Allego** copia di un mio documento di riconoscimento in corso di validità.

Data _ _ _ _ _

Firma del richiedente _ _ _ _ _

NOTA: la presente Dichiarazione del disabile in situazione di gravità non costituisce ricevuta di presentazione della domanda.

Dichiarazione del disabile in situazione di gravità - 4/4

(da allegare alla Domanda di permesso o congedo retribuito per lavoratori dipendenti con familiari disabili)

Spazio riservato all'Ufficio

L'autenticazione della firma può essere effettuata dai soggetti previsti dall'articolo 21, comma 2 del Decreto del Presidente della Repubblica 445 del 2000 (funzionario INPS, notaio, cancelliere, segretario comunale o funzionario incaricato dal sindaco).

Io sottoscritto _____ Funzionario incaricato _____

Ricevo la dichiarazione di:

cognome _____ nome _____

codice fiscale _____

identificato mediante documento di riconoscimento _____ numero _____

rilasciato da _____ in data (gg/mm/aaaa) _____

impossibilitato a firmare impedito per cause di natura fisica incapace di scrivere

data _____ Firma del Funzionario _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679

L'INPS, in qualità di Titolare del trattamento, con sede legale in Roma, via Ciro il Grande, n. 21, la informa che i dati personali, compresi quelli appartenenti alle categorie particolari di cui all'art. 9 del Regolamento UE 2016/679 (di seguito, "Regolamento UE"), sono trattati in osservanza dei presupposti e nei limiti stabiliti dal medesimo Regolamento UE e dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modifiche ed integrazioni, recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali, nell'ambito della gestione delle richieste - rivolte all'Istituto dal suo Datore di lavoro ai sensi dell'art. 5 della legge n. 300/1970 - in ordine allo svolgimento delle visite per il controllo dello stato di salute dei dipendenti assenti per malattia, nonché per tutte le attività ad esse connesse e collegate. Il trattamento dei suoi dati personali potrà avvenire mediante l'utilizzo di strumenti informatici, telematici e manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità per le quali gli stessi sono raccolti, in modo da garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto delle indicazioni previste dal Regolamento UE, a partire da quanto indicato agli artt. da 5 a 11, e sarà svolto da dipendenti dell'Istituto appositamente autorizzati ed istruiti. Solo eccezionalmente, i suoi dati potranno essere conosciuti e trattati da soggetti che, nel fornire specifici servizi o svolgere attività strumentali per conto dell'INPS, operano in qualità di Persone autorizzate o Responsabili del trattamento designati dall'Istituto, nel rispetto e con le garanzie a tale scopo indicate dal Regolamento UE. I suoi dati personali potranno essere diffusi esclusivamente se ciò sia previsto dalla base giuridica per cui si procede e, in linea con tale requisito di legittimazione, è altresì ammessa la comunicazione di selezionati dati oggetto di trattamento, dall'INPS ad altri soggetti pubblici o privati (es: il suo datore di lavoro); si tratta di autonomi Titolari del trattamento, che possono operare nei limiti strettamente necessari per la sola finalità per cui si è operata la comunicazione. Nei casi previsti, lei ha il diritto ad opporsi al trattamento o ad ottenere dall'INPS, in qualunque momento, l'accesso ai dati personali che la riguardano, la rettifica o la cancellazione degli stessi e la limitazione del trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento UE). L'apposita istanza può essere presentata all'INPS tramite il Responsabile della protezione dei dati all'indirizzo: INPS - Responsabile della Protezione dei dati personali, Via Ciro il Grande, n. 21, cap. 00144, Roma; posta elettronica certificata: responsabileprotezionedati.inps@postacert.inps.gov.it. Qualora ritenga che il trattamento di dati personali che la riguardano sia effettuato dall'INPS in violazione di quanto previsto dal Regolamento UE, ha il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali (art. 77 del Regolamento UE) o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 Regolamento UE). Ulteriori informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati e ai diritti che le sono riconosciuti possono essere reperite sul sito istituzionale www.inps.it, "Informazioni sul trattamento dei dati personali degli utenti dell'INPS, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679"; oppure sul sito www.garanteprivacy.it del Garante per la protezione dei dati personali.