



ALL'ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE

Sede di _____
- Area prestazioni a sostegno del reddito -

ALL'AZIENDA

Via _____ n. _____

PORTATORI DI HANDICAP CHE LAVORANO

DOMANDA DI PERMESSI PER L'ANNO

Legge 104/1992, art.33 comma 6; Legge 53/2000, art. 19 e art. 20

(Scrivere in stampatello e barrare le caselle che interessano)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

QUADRO A	R ICHIEDENTE	
COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
<small>COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA</small>	<small>PROV.</small>	<small>GIORNO / MESE / ANNO</small>
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
<small>CODICE FISCALE</small>		
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>		
<small>COMUNE DI RESIDENZA</small>	<small>PROV.</small>	<small>INDIRIZZO (Via, Piazza, N. Civico, Frazione ecc.)</small>
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
<small>CAP</small>	<small>N. TELEFONICO</small>	
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	
<input type="checkbox"/> portatore di handicap grave, accertato dalla ASL di _____ in data _____ (vedi punto 2 AVVERTENZE IMPORTANTI)		
<input type="checkbox"/> non ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati		

CHIEDE

- di fruire dei permessi spettanti ai LAVORATORI portatori di handicap e della relativa indennità **qualora spettante** in base in base alla legge 104/92 (vedi **AVVERTENZE IMPORTANTI**)
- Il pagamento diretto dei permessi in quanto operaio/a agricolo/a.

DICHIARA

- di svolgere attività lavorativa alle dipendenze della Ditta sopra indicata
 - matricola INPS della Ditta (per le aziende agricole indicare partita IVA o codice fiscale) _____
 - settore di appartenenza (industria/artigianato, terziario, agricoltura, ecc.) _____
 - qualifica (impiegato, operaio, apprendista, lavorante a domicilio, ecc.) _____

QUADRO B	(1) PERMESSI ORARI RICHIESTI (in alternativa ai permessi giornalieri)
<input type="checkbox"/> 2 ORE DI PERMESSO (1 ORA in presenza di orario giornaliero di lavoro inferiore a 6 ore)	
<input type="checkbox"/> PER TUTTI I GIORNI LAVORATIVI (indicare giorno e mese) dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ <small style="margin-left: 20px;">gg mm gg mm</small>	
<input type="checkbox"/> PER I SEGUENTI PERIODI (indicare giorno o giorni e mese)	
dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____	
<p>(1) IL QUADRO B NON DEVE ESSERE COMPILATO DAGLI OPERAI AGRICOLI, CHE DOVRANNO PRESENTARE IL MODELLO HAND/AGR PER CIASCUNO DEI MESI INTERESSATI DAI PERMESSI .</p>	

QUADRO C (1)		PERMESSI MENSILI RICHIESTI (in alternativa ai permessi orari)			
<input type="checkbox"/> GIORNI DI PERMESSO MENSILE (MASSIMO 3) NELLE GIORNATE CHE SARANNO INDICATE IN TEMPO UTILE AL DATORE DI LAVORO					
NEI SEGUENTI MESI					
<input type="checkbox"/> GENNAIO <input type="checkbox"/> FEBBRAIO <input type="checkbox"/> MARZO	<input type="checkbox"/> APRILE <input type="checkbox"/> MAGGIO <input type="checkbox"/> GIUGNO	<input type="checkbox"/> LUGLIO <input type="checkbox"/> AGOSTO <input type="checkbox"/> SETTEMBRE	<input type="checkbox"/> OTTOBRE <input type="checkbox"/> NOVEMBRE <input type="checkbox"/> DICEMBRE		
(1) IL QUADRO C NON DEVE ESSERE COMPILATO DAGLI OPERAI AGRICOLI, CHE DOVRANNO PRESENTARE IL MODELLO HAND/AGR PER CIASCUNO DEI MESI INTERESSATI DAI PERMESSI.					

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA	
<input type="checkbox"/> Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap, o, per i portatori di <i>sindrome di Down</i> , anche certificato rilasciato dal proprio medico di base (con allegata copia del "cariotipo" sulla cui base il curante stesso ha rilasciato il certificato -legge 27 dicembre 2002, n. 289, art. 94-).	
<input type="checkbox"/> Certificato del medico specialista ASL, se non è stato ancora rilasciato il certificato della Commissione ASL (da presentare comunque non appena disponibile)	
<input type="checkbox"/> Modello HAND/AGR (solo per gli operai dell'agricoltura)	
<input type="checkbox"/> Altro (indicare) _____	

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'	
<p>Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiara di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.</p>	
<p><u>Si impegna a consegnare al datore di lavoro la copia della presente domanda, timbrata per ricevuta dall'INPS.</u> <u>Si impegna a presentare il certificato della Commissione ASL ed a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni</u> delle notizie o delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'eventuale ricovero del portatore di handicap presso istituti specializzati - la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL - le modifiche ai periodi di permesso richiesti - la fruizione di permessi, per lo stesso portatore di handicap, da parte di altri familiari. 	
<p>Preso atto dell'informativa fornitagli ai sensi dell'art. 10 della legge 31.12.1996, n. 675, acconsente, qualora necessario all'istruzione, alla definizione e alla comunicazione inerente la richiesta: 1) al trattamento di eventuali dati sensibili; 2) al trasferimento dei propri dati personali e sensibili all'estero; 3) alla comunicazione dei propri dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione e archiviazione e al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti; 4) alla comunicazione dei propri dati sensibili, ai fini diversi da quelli connessi alla presente richiesta, ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.</p>	
<p>Consapevole del fatto che il mancato consenso può comportare l'impossibilità di definire o notevole ritardo nella definizione la presente richiesta non consente a quanto indicato ai punti - 1 - 2 - 3 - 4</p>	
Data _____	Firma _____ DEL/ DELLA RICHIEDENTE O DEL SUO RAPPRESENTANTE LEGALE

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE (non necessaria per i portatori di <i>sindrome di Down</i>)	
<p>Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che la Commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità dell'handicap del minore per il quale vengono richiesti i permessi, e che la certificazione rilasciata dalla ASL non è scaduta e non ha subito modifiche.</p>	
Data _____	Firma _____ DEL/ DELLA RICHIEDENTE

AVVERTENZE IMPORTANTI

1) RAPPORTO DI LAVORO

Gli interessati devono essere titolari di un **rapporto di lavoro dipendente, coperto da assicurazione INPS per le prestazioni di maternità**, che deve sussistere all'inizio e durante il periodo di permesso richiesto. Sono esclusi comunque i lavoratori a domicilio e gli addetti ai servizi domestici)

2) SOGGETTI E REQUISITI

PORTATORI DI HANDICAP

• con handicap in situazione di gravità accertata :

- o dalla competente Commissione ASL
- o dal medico specialista ASL (in questo caso la certificazione ha validità per sei mesi)

- o, per i portatori di *sindrome di Down*, anche dal proprio medico di base, con certificato rilasciato su presentazione del "cariotipo" (legge 27 dicembre 2002, n. 289, art. 94),

- **non ricoverati a tempo pieno presso Istituti specializzati**

3) PERMESSI SPETTANTI

(*spettano quelli del punto 3.1 oppure del punto 3.2*)

3.1 permessi orari: 2 ore giornaliere (1 ora per orari di lavoro inferiori a 6 ore)

3.2 Permessi giornalieri: massimo 3 giorni al mese (frazionabili anche in 6 mezza giornate), in proporzione a periodi di lavoro effettivamente lavorati nell'arco del mese.

N.B. I giorni di permesso non fruiti in un mese, non possono essere cumulati con quelli spettanti in un mese successivo.

4) DOMANDA E DOCUMENTAZIONE

- La domanda va compilata in duplice copia, una delle quali dovrà essere consegnata al datore di lavoro
- La domanda ha validità annuale e può essere modificata in caso di necessità.
- Alla domanda va allegata la documentazione relativa alla gravità dell'handicap (anche in copia dichiarata autentica), rilasciata a suo tempo dalla commissione medica o dallo specialista della competente ASL o, per i portatori di *sindrome di Down*, anche dal proprio medico di base (con allegata copia del "cariotipo" sulla cui base il curante stesso ha rilasciato il certificato, solo qualora l'INPS e il datore di lavoro non ne siano già in possesso).

5) RINNOVO ANNUALE

- **La domanda di permessi va presentata annualmente** all'INPS e al datore di lavoro.
- Per il rinnovo è sufficiente dichiarare che l'ASL non ha rivisto il giudizio di gravità dell' handicap (dichiarazione non necessaria per i portatori di *sindrome di Down*).

6) INCOMPATIBILITÀ

- **Durante i mesi in cui vengono richiesti i permessi né il richiedente i permessi né altri soggetti possono fruire del congedo straordinario di cui all'art. 42, comma 5 del D.lgs. n.151/2001 (congedo massimo di due anni)**
- **Il lavoratore che fruisce dei permessi giornalieri o orari quale portatore di handicap non può richiedere negli stessi periodi permessi per l'assistenza ad altri portatori di handicap in situazione di gravità.**

RICEVUTA

Mod.Hand 3 (Titolari)

Il/La Sig.

cognome

nome

ha presentato oggi la domanda di

- permessi orari di 1 o 2 ore al giorno**
- giorni di permesso mensile**

I nominativi del responsabile del procedimento e del responsabile del provvedimento possono essere rilevati dagli appositi avvisi esposti nei locali dell'INPS.
Le informazioni al riguardo potranno essere fornite anche telefonicamente.

Timbro datario INPS e firma