

Domanda di congedo straordinario per assistere il coniuge/la parte dell'unione civile disabile in situazione di gravità - 1/6

(art. 42, comma 5, T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001)

ALL'UFFICIO INPS DI

All'Azienda _____

Indirizzo (Sede legale) _____

Comune _____ Prov. _____

IL DATORE DI LAVORO È AUTORIZZATO AL PAGAMENTO SOLO SE SUL MODULO È PRESENTE IL NUMERO DI PROTOCOLLO INPS

Richiedente

COGNOME

NOME

CODICE FISCALE

NATO/A IL GG/MM/AAAA

A

PROV.

STATO

CITTADINANZA

RESIDENTE IN

PROV.

STATO

INDIRIZZO

CAP

TELEFONO *

CELLULARE *

INDIRIZZO EMAIL **

Chiedo

- ☐ di usufruire del congedo straordinario spettante al coniuge di persone disabili in situazione di gravità e della relativa indennità (art. 42, comma 5, T.U. sulla maternità e paternità - d.lgs n. 151/2001). I periodi richiesti vengono accreditati figurativamente dall'Inps ai fini pensionistici
- ☐ di usufruire del congedo straordinario spettante alla parte dell'unione civile di persona disabile in situazione di gravità e della relativa indennità (art. 42, comma 5, T.U. sulla maternità e paternità - d.lgs n. 151/2001)
- ☐ il pagamento diretto da parte dell'Inps dell'indennità, in quanto lavoratore agricolo o lavoratore dello spettacolo saltuario o con contratto a termine.

Periodi di congedo richiesti

Chiedo di poter usufruire dei congedi straordinari, con pagamento della relativa indennità, nei seguenti periodi:

dal _____ (gg/mm/aaaa) al _____ (gg/mm/aaaa)	dal _____ (gg/mm/aaaa) al _____ (gg/mm/aaaa)
dal _____ (gg/mm/aaaa) al _____ (gg/mm/aaaa)	dal _____ (gg/mm/aaaa) al _____ (gg/mm/aaaa)
dal _____ (gg/mm/aaaa) al _____ (gg/mm/aaaa)	dal _____ (gg/mm/aaaa) 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 congedo straordinario per assistere il coniuge/la parte dell'unione civile disabile in situazione di gravità - 2/6

(art. 42, comma 5, T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001)

● Dichiaro

- ☐ che il coniuge/la parte dell'unione civile è in situazione di disabilità grave (art. 3 comma 3, legge 104/92) accertata dalla competente commissione medica integrata ASL/INPS (articolo 20 legge n. 102 del 03.08.2009)
- ☐ che è stata presentata domanda alla competente commissione medica integrata ASL/INPS (articolo 20 legge n. 102 del 03.08.2009) per l'accertamento della situazione di disabilità in situazione di gravità (art. 3 comma 3, legge 104/92) il _____ (1)(gg/mm/aaaa)
- ☐ che il coniuge/la parte dell'unione civile è affetto/a da Sindrome di Down
- ☐ che il coniuge/la parte dell'unione civile è Grande invalido di guerra
- ☐ che il coniuge/la parte dell'unione civile è affetto/a da patologia oncologica
- ☐ di essere convivente con il coniuge disabile in situazione di gravità
- ☐ di essere convivente con la parte dell'unione civile disabile in situazione di gravità
- ☐ che il coniuge disabile in situazione di gravità non è ricoverato a tempo pieno
- ☐ che la parte dell'unione civile disabile in situazione di gravità non è ricoverata a tempo pieno
- ☐ che il coniuge disabile in situazione di gravità è ricoverato a tempo pieno ma i sanitari della struttura hanno richiesto la mia presenza (allego documentazione)
- ☐ che la parte dell'unione civile disabile in situazione di gravità è ricoverata a tempo pieno ma i sanitari della struttura hanno richiesto la mia presenza (allego documentazione)
- ☐ che nessun'altra persona beneficia dei permessi ex lege 104/92 per la stessa persona disabile in situazione di gravità
- ☐ che altri familiari del coniuge/della parte dell'unione civile disabile in situazione di gravità hanno già usufruito di n. _____ giorni di congedo straordinario per la stessa persona disabile in situazione di gravità
- ☐ 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 _____
☐ di svolgere attività lavorativa part-time:
☐ orizzontale ☐ verticale: n. gg lavorativi ____ ; n. gg effettivi ____
- ☐ di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto
dal _____ al _____ gg. _____ - dal _____ al _____ gg. _____
dal _____ al _____ gg. _____ - dal _____ al _____ gg. _____
presso l'Azienda/Ente _____ indirizzo _____
città _____ matricola aziendale n. _____
- ☐ di aver già usufruito di congedi straordinari non retribuiti "per gravi e documentati motivi familiari"
(art. 4, comma 2, legge n. 53/2000)
dal _____ al _____ gg. _____ - dal _____ al _____ gg. _____
dal _____ al _____ gg. _____ - dal _____ al _____ gg. _____
presso l'Azienda/Ente _____ indirizzo _____
città _____ matricola aziendale n. _____

(1) Solo nel caso in cui si richieda il congedo sulla base di un certificato provvisorio.



Domanda di congedo straordinario per assistere il coniuge/la parte dell'unione civile disabile in situazione di gravità - 3/6

(art. 42, comma 5, T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001)

Dati e dichiarazione del coniuge disabile / della parte dell'unione civile disabile

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

Dichiaro (in caso di soggetto maggiorenne)

- ☐ di essere coniuge del richiedente con il quale convivo e dal quale intendo essere assistito
- ☐ di essere unito civilmente con il richiedente con il quale convivo e dal quale intendo essere assistito
- ☐ di essere in stato di disabilità in situazione di gravità accertato dalla competente Commissione Medica integrata ASL/INPS (art. 20, legge n. 102 del 3/8/2009)
- ☐ che è stata presentata domanda alla competente commissione medica integrata ASL/INPS (articolo 20 legge n. 102 del 03.08.2009) per l'accertamento della situazione di disabilità in situazione di gravità (art. 3 comma 3, legge 104/92) il _____ (1)(gg/mm/aaaa)
- ☐ di essere affetto dalla Sindrome di Down
- ☐ di essere Grande invalido di guerra
- ☐ di essere affetto/a da patologia oncologica
- ☐ di non essere ricoverato a tempo pieno
- ☐ di essere ricoverato a tempo pieno ma i sanitari hanno richiesto la presenza del coniuge (allego documentazione)
- ☐ di essere ricoverato a tempo pieno ma i sanitari hanno richiesto la presenza della parte dell'unione civile (allego documentazione)
- ☐ che non presterò attività lavorativa durante i periodi di congedo fruiti dal richiedente
- ☐ che presterò attività lavorativa durante i periodi di congedo fruiti dal richiedente.

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

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 _____ 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 _____ Data _____ Timbro e firma dell'addetto _____

* Dati facoltativi.

(1) Solo nel caso in cui si richieda il congedo sulla base di un certificato provvisorio.



Domanda di congedo straordinario per assistere il coniuge/la parte dell'unione civile disabile in situazione di gravità - 4/6

(art. 42, comma 5, T.U. sulla maternità e paternità - 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 del disabile in situazione di gravità

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

● Dichiaro che il disabile in situazione di gravità

- ☐ è coniuge del richiedente con il quale convive e dal quale intende essere assistito
- ☐ è parte dell'unione civile del richiedente con il quale convive e dal quale intende essere assistito
- ☐ è in stato di disabilità in situazione di gravità accertato dalla competente Commissione Medica integrata ASL/INPS (art. 20, legge n. 102 del 3/8/2009)
- ☐ ha presentato domanda alla competente commissione medica integrata ASL/INPS (articolo 20 legge n. 102 del 03.08.2009) per l'accertamento della situazione di disabilità in situazione di gravità (art. 3 comma 3, legge 104/92) il _____ (1)(gg/mm/aaaa)
- ☐ è affetto dalla Sindrome di Down
- ☐ è Grande invalido di guerra
- ☐ è affetto/a da patologia oncologica
- ☐ non è ricoverato a tempo pieno
- ☐ è ricoverato a tempo pieno ma i sanitari della struttura hanno richiesto l'assistenza del coniuge (allego documentazione)
- ☐ è ricoverato a tempo pieno ma i sanitari della struttura hanno richiesto l'assistenza della parte dell'unione civile (allego documentazione)
- ☐ non presterà attività lavorativa durante i periodi congedo fruiti dal richiedente
- ☐ presterà attività lavorativa durante i periodi congedo fruiti dal richiedente.

Firma del tutore/curatore/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/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 _____

● 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)

* Dati facoltativi.

(1) Solo nel caso in cui si richieda il congedo sulla base di un certificato provvisorio.

Domanda di congedo straordinario per assistere il coniuge/la parte dell'unione civile disabile in situazione di gravità - 5/6

(art. 42, comma 5, T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001)

● **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 congedo straordinario per assistere il coniuge/la parte dell'unione civile disabile 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 congedo straordinario per assistere il coniuge/la parte dell'unione civile disabile in situazione di gravità - 6/6

(art. 42, comma 5, T.U. sulla maternità e paternità - 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 congedo straordinario per assistere figli o affidati disabili in situazione di gravità - 1/6

(art. 42 comma 5 T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001, come modificato dalla legge n. 350/2003)

ALL'UFFICIO INPS DI _____

ALL'AZIENDA _____

Via _____ n. _____

IL DATORE DI LAVORO E' AUTORIZZATO AL PAGAMENTO SOLO SE SUL MODULO E' PRESENTE IL NUMERO DI PROTOCOLLO INPS

Genitore o Affidatario 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 del congedo straordinario spettante ai genitori o affidatari di persone disabili in situazione di gravità della relativa indennità (art. 42 T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001)
- ☐ il pagamento diretto da parte dell'Inps dell'indennità, in quanto operaio agricolo

Periodi di congedo richiesti

Chiedo di poter usufruire dei congedi straordinari, con pagamento della relativa indennità, nei seguenti periodi:

dal _____ al _____	dal _____ al _____
dal _____ al _____	dal _____ al _____
dal _____ al _____	dal _____ al _____



Domanda di congedo straordinario per assistere figli o affidati disabili in situazione di gravità - 2/6

(art. 42 comma 5 T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001, come modificato dalla legge n. 350/2003)

Dichiaro

- ☐ che mio/a figlio/a disabile in situazione di gravità non è ricoverato/a a tempo pieno
- ☐ che mio/a figlio/a disabile in situazione di gravità è ricoverato/a a tempo pieno ma è stata richiesta dai sanitari della struttura la mia presenza (allego documentazione)
- ☒ che mio/a figlio/a disabile in situazione di gravità (1)
 - ☐ non è coniugato/a o non convive con il coniuge ☐ è coniugato/a, ma il coniuge è affetto da patologia invalidante (2)
 - ☐ è vedovo/a ☐ è stato/a coniugato/a, ma il coniuge è deceduto
 - ☐ è separato/a legalmente o divorziato/a (3) ☐ è coniugato/a, ma in situazione di abbandono (4)
 - ☒ dati del coniuge della persona disabile in situazione di gravità:
 Cognome _____ Nome _____ Codice fiscale _____
 Nato/a il (gg/mm/aaaa) _____ A _____ Prov. _____
- ☐ che nessun altro familiare beneficia dei permessi ex lege 104/92 per lo stesso persona disabile in situazione di gravità
- ☐ che l'altro genitore beneficia dei permessi giornalieri per la stessa persona disabile in situazione di gravità anche alternativamente con il sottoscritto,
- ☐ che altri familiari hanno già usufruito di n. _____ giorni di congedo straordinario per assistere mio/a figlio/a disabile in situazione di gravità
- ☐ 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 _____
☐ a part time verticale - periodi di prevista attività di lavoro: dal _____ al _____
- ☐ di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto
 dal _____ al _____ gg. _____ - dal _____ al _____ gg. _____
 dal _____ al _____ gg. _____ - dal _____ al _____ gg. _____
 presso l'Azienda/Ente _____
 via _____ n. _____
 città _____ matricola aziendale n. _____
- ☐ di aver già usufruito di congedi straordinari non retribuiti "per gravi e documentati motivi familiari" (art. 4, comma 2, Legge n. 53/2000)
 dal _____ al _____ gg. _____ - dal _____ al _____ gg. _____
 dal _____ al _____ gg. _____ - dal _____ al _____ gg. _____
 presso l'Azienda/Ente _____
 via _____ n. _____
 città _____ matricola aziendale n. _____

(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) In tale ipotesi è necessario allegare copia del provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di separazione o di divorzio.

(4) In tale caso è necessario allegare copia della documentazione dell'autorità giudiziaria o di altra pubblica autorità da cui risulti lo stato giuridico di abbandono.



Domanda di congedo straordinario per assistere figli o affidati disabili in situazione di gravità - 3/6

(art. 42 comma 5 T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001, come modificato dalla legge n. 350/2003)

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

● In caso di adozione/affidamento

data del provvedimento di adozione/affidamento _____ (gg/mm/aaaa)

rilasciato dal tribunale di _____ provvedimento n. _____

● 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 _____ C. A. P. _____

● Dichiaro (solo se maggiorenne)

- ☐ di essere figlio/a o affidato/a del richiedente dal quale intendo essere assistito/a
- ☐ di essere in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla competente Commissione (art. 4, comma 1, della legge n.104/1992) di _____
- ☐ di non essere ricoverato/a a tempo pieno
- ☐ di essere ricoverato/a a tempo pieno ma che è stata richiesta dai sanitari della struttura la presenza di mio/a padre/madre (allego documentazione)
- ☐ che non presterò attività lavorativa durante i periodi di congedo fruiti dal richiedente
- ☐ che presterò attività lavorativa durante i periodi di congedo fruiti dal richiedente

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



Domanda di congedo straordinario per assistere figli o affidati disabili in situazione di gravità - 4/6

(art. 42 comma 5 T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001, come modificato dalla legge n. 350/2003)

- 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 _____

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 (*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 congedo straordinario per assistere figli o affidati disabili in situazione di gravità - 5/6

(art. 42 comma 5 T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001, come modificato dalla legge n. 350/2003)

● 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 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 in situazione di gravità

- ☐ è figlio/a del richiedente dal quale intende essere assistito/a
- ☐ è in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla competente Commissione (art. 4, comma 1, della legge n.104/1992) di _____
- ☐ non è ricoverato a tempo pieno
- ☐ non presterà attività lavorativa nei periodi di congedo fruiti dal richiedente
- ☐ presterà attività lavorativa nei periodi di congedo fruiti dal richiedente

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) _____

firma _____

● 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 _____
- ☐ Conto corrente bancario o postale - Libretto postale - INPS card - Carte di pagamento dotate di IBAN

CODICE IBAN |
 (composto da 27 caratteri)

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



Domanda di congedo straordinario per assistere figli o affidati disabili in situazione di gravità - 6/6

(art. 42 comma 5 T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001, come modificato dalla legge n. 350/2003)

● 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 all'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 _____



Domanda di congedo straordinario per assistere il genitore disabile in situazione di gravità - 1/6

(art. 42 comma 5 T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001, come modificato dalla legge n. 350/2003)

ALL'UFFICIO INPS DI _____

ALL'AZIENDA _____

Via _____ n. _____

IL DATORE DI LAVORO E' AUTORIZZATO AL PAGAMENTO SOLO SE SUL MODULO E' PRESENTE IL NUMERO DI PROTOCOLLO INPS

Figlio 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 del congedo straordinario spettante al figlio di persone in stato di handicap in situazione di gravità e della relativa indennità (art. 42, comma 5, T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001)
- ☐ il pagamento diretto da parte dell'Inps dell'indennità, in quanto operaio agricolo

Periodi di congedo richiesti

Chiedo di poter usufruire dei congedi straordinari, con pagamento della relativa indennità, nei seguenti periodi:

dal _____ al _____	dal _____ al _____
dal _____ al _____	dal _____ al _____
dal _____ al _____	dal _____ al _____



Domanda di congedo straordinario per assistere il genitore disabile in situazione di gravità - 2/6

(art. 42 comma 5 T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001, come modificato dalla legge n. 350/2003)

● Dichiaro

- ☐ di essere convivente con mio/a padre/madre disabile in situazione di gravità
- ☐ che mio/a padre/madre disabile in situazione di gravità non è ricoverato/a a tempo pieno
- ☐ che mio/a padre/madre disabile in situazione di gravità è ricoverato/a a tempo pieno ma i sanitari della struttura hanno richiesto la mia presenza (allego documentazione)

che mio/a padre/madre disabile in situazione di gravità (1)

- ☐ non è coniugato/a o non convive con il coniuge
- ☐ è vedovo/a
- ☐ è coniugato/a, ma il coniuge è affetto da patologia invalidante (2)
- ☐ è stato/a coniugato/a, ma il coniuge è deceduto
- ☐ è separato/a legalmente o divorziato/a (3)
- ☐ è coniugato/a, ma in situazione di abbandono (4)

- dati del coniuge della persona disabile in situazione di gravità:

Cognome _____ Nome _____ Codice fiscale _____
Nato/a il (gg/mm/aaaa) _____ A _____ Prov. _____

che il padre del mio genitore disabile in situazione di gravità (5):

- ☐ è affetto da patologie invalidanti (2)
- ☐ è deceduto
- ☐ non ha riconosciuto il mio genitore disabile in situazione di gravità

- dati del padre della persona disabile in situazione di gravità :

Cognome _____ Nome _____ Codice fiscale _____
Nato il (gg/mm/aaaa) _____ A _____ Prov. _____

che la madre del mio genitore disabile in situazione di gravità (5):

- ☐ è affetta da patologie invalidanti (2)
- ☐ è deceduta
- ☐ non ha riconosciuto il mio genitore disabile in situazione di gravità

- dati della madre della persona disabile in situazione di gravità :

Cognome _____ Nome _____ Codice fiscale _____
Nata il (gg/mm/aaaa) _____ A _____ Prov. _____

- ☐ che nessun altro familiare beneficia dei permessi ex lege 104/92 per la stessa persona disabile in situazione di gravità
- ☐ che altri familiari di mio/a padre/madre hanno già usufruito di n. ____ giorni di congedo straordinario per lo stesso genitore disabile in situazione di gravità
- ☐ 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 _____
☐ a part time verticale - periodi di prevista attività di lavoro: dal _____ al _____

- (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) In tale ipotesi è necessario allegare copia del provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di separazione o di divorzio.
- (4) In tale caso è necessario allegare copia della documentazione dell'autorità giudiziaria o di altra pubblica autorità da cui risulti lo stato giuridico di abbandono.
- (5) Per entrambi i genitori deve sussistere una delle condizioni elencate.



Domanda di congedo straordinario per assistere il genitore disabile in situazione di gravità - 3/6

(art. 42 comma 5 T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001, come modificato dalla legge n. 350/2003)

- ☐ di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto

dal _____ al _____ gg. _____ - dal _____ al _____ gg. _____

dal _____ al _____ gg. _____ - dal _____ al _____ gg. _____

presso l'Azienda/Ente _____

via _____ n. _____

città _____ matricola aziendale n. _____

- ☐ di aver già usufruito di congedi straordinari non retribuiti "per gravi e documentati motivi familiari"

(art. 4, comma 2, Legge n. 53/2000)

dal _____ al _____ gg. _____ - dal _____ al _____ gg. _____

dal _____ al _____ gg. _____ - dal _____ al _____ gg. _____

presso l'Azienda/Ente _____

via _____ n. _____

città _____ matricola aziendale n. _____

Consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste

data _____

firma _____

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

Dati e dichiarazione del genitore disabile in situazione di gravità

Cognome _____ Nome _____ Codice fiscale _____

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

Indirizzo _____ C. A. P. _____

Telefono* _____ Cellulare* _____

Indirizzo e-mail* _____

Dichiaro

- ☐ di essere genitore del richiedente con il quale convivo e dal quale intendo essere assistito/a
- ☐ di essere in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla competente Commissione (art. 4, comma 1, della legge n.104/1992) di _____
- ☐ di non essere ricoverato/a a tempo pieno
- ☐ di essere ricoverato/a a tempo pieno ma i sanitari hanno richiesto la presenza di mio/a figlio/a (allego documentazione)
- ☐ che non presterò attività lavorativa durante i periodi di congedo fruiti dal richiedente
- ☐ che presterò attività lavorativa durante i periodi di congedo fruiti dal richiedente

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



Domanda di congedo straordinario per assistere il genitore disabile in situazione di gravità - 4/6

(art. 42 comma 5 T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001, come modificato dalla legge n. 350/2003)

- 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 _____

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 (*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 congedo straordinario per assistere il genitore disabile in situazione di gravità - 5/6

(art. 42 comma 5 T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001, come modificato dalla legge n. 350/2003)

● 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 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).

Dati del disabile in situazione di gravità

Cognome _____ Nome _____ Codice fiscale _____

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

Indirizzo _____ C. A. P. _____

● Dichiaro che il disabile in situazione di gravità

- ☐ è genitore del richiedente con il quale convive e dal quale intende essere assistito/a
- ☐ è in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla competente Commissione (art. 4, comma 1, della legge n. 104/1992) di _____
- ☐ non è ricoverato/a a tempo pieno
- ☐ è ricoverato/a a tempo pieno ma è stata richiesta dai sanitari della struttura la presenza del figlio (*allego documentazione*)
- ☐ non presterà attività lavorativa durante i periodi congedo fruiti dal richiedente
- ☐ presterà attività lavorativa durante i periodi congedo fruiti dal richiedente

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)



Domanda di congedo straordinario per assistere il genitore in situazione di gravità - 6/6

(art. 42 comma 5 T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001, come modificato dalla legge n. 350/2003)

● Modalità di pagamento (in caso di pagamento diretto)

- ☐ Bonifico presso ufficio postale di _____
- ☐ Conto corrente bancario o postale - Libretto postale - INPS card - Carte di pagamento dotate di IBAN

CODICE IBAN (composto da 27 caratteri)

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

● 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 all'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. _____ cognome nome
	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 _____ cognome nome
	C.F. _____ Sede _____ Firma _____
INAS - CISL timbro	

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.

Dritti 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.

DOCUMENTI DA ALLEGARE E RIFERIMENTI:

- Fotocopia della carta d'identità del richiedente e del familiare disabile;
- Fotocopia del codice fiscale del richiedente e del familiare disabile;
- Solo se il richiedente è coniugato, anche la fotocopia del codice fiscale del coniuge;
- Stato civile del richiedente e data (di matrimonio, di separazione ecc):
_____;
- Richiedente e familiare disabile devono avere la stessa residenza;
- Usare il modello corretto in base al rapporto di parentela col familiare disabile (coniuge: HAND 6 COD. SR64; figlio: HAND 4 COD. SR10; genitore: HAND 7 COD. SR86);
- Se si richiede congedo per un genitore e l'altro è ancora in vita, serve un certificato medico che attesti che l'altro genitore non è nelle condizioni di poter assistere il proprio coniuge con disabilità + fotocopia tessera sanitaria del coniuge del disabile + data matrimonio;
- Nei tre modelli c'è sempre una pagina che va firmata dal disabile (se minorenne firma il genitore richiedente);
- Periodo di richiesta del congedo (dal __/__/____ al __/__/____) ed eventuali precedenti periodi:

- Verbale L.104/1992 rilasciato dalla Commissione medica INPS;
- Busta paga recente del richiedente il congedo;

- Indirizzo di residenza:

- Recapito telefonico: _____

- Indirizzo mail: _____

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		