

DOCUMENTI DA PORTARE IL GIORNO DELLA PRENOTAZIONE

PERMESSI LAVORATIVI LEGGE 104/92

Solo per lavoratori settore privato – i lavoratori dipendenti pubblici (ex-inpdap) devono presentare domanda presso la propria amministrazione.

(ed. 02/09/2024)

- FOTOCOPIA CARTA IDENTITA' E CODICE FISCALE RICHIEDENTE E DISABILE
- VERBALE CONCESSIONE LEGGE 104 (ART 3 COMMA 3 – SITUAZIONE DI GRAVITA') RIFERITO ALLA PERSONA DISABILE
- BUSTA PAGA RICHIEDENTE
- DICHIARAZIONE FIRMATA DISABILE MAGGIORENNE o DALL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO SE PRESENTE ([allegato in calce alla presente](#))
- EVENTUALE NOMINA AMMINISTRATORE SOSTEGNO E DOCUMENTO IDENTITA' AMMINISTRATORE SOSTEGNO

AVVERTENZA: quanto sopra riportato rappresenta la documentazione standard necessaria per l'inoltro delle istanze. Si fa presente che a seconda del singolo caso potrebbe essere richiesta documentazione aggiuntiva

[Per qualsiasi informazione consultare il nostro sito](#)

<http://www.ac liverona.it/patronato-acli/>

COD. SR200
v1.0**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 intendo 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 NOME

CODICE FISCALE

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

CITTADINANZA

RESIDENTE IN PROV.

INDIRIZZO CAP

TELEFONO

CELLULARE

EMAIL

- **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**

Io 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 garantire 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.

