



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 type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA		PROV.	CODICE FISCALE		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		
COMUNE DI RESIDENZA		PROV.	INDIRIZZO (Via, Piazza, N. Civico, Frazione ecc.)		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		
CAP	N. TELEFONICO				
<input type="text"/>	<input 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 _____		
<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 _____		

(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 .

<b>QUADRO C (1)</b>		<b>PERMESSI MENSILI RICHIESTI (in alternativa ai permessi orari)</b>			
<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		
<b>(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.</b>					

<b>DOCUMENTAZIONE ALLEGATA</b>	
<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) _____	

<b>DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'</b>	
<p><b>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.</b></p>	
<p><b>Si impegna a consegnare al datore di lavoro la copia della presente domanda, timbrata per ricevuta dall'INPS.</b></p>	
<p><b>Si impegna a presentare il certificato della Commissione ASL ed a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare:</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- l'eventuale ricovero del portatore di handicap presso istituti specializzati</li> <li>- la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL</li> <li>- le modifiche ai periodi di permesso richiesti</li> <li>- la fruizione di permessi, per lo stesso portatore di handicap, da parte di altri familiari.</li> </ul>	
<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 .....</p>	
Data _____	Firma _____ DEL/ DELLA RICHIEDENTE O DEL SUO RAPPRESENTANTE LEGALE

<b>DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE</b> (non necessaria per i portatori di <i>sindrome di Down</i> )	
<p><b>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.</b></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)

  1   Sig. \_\_\_\_\_ ha presentato oggi la domanda di

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

Il nominativo del responsabile del provvedimento può essere rilevato dagli appositi avvisi esposti nei locali dell'INPS  
Le informazioni al riguardo potranno essere fornite anche telefonicamente.

Timbro datario INPS e firma