



PROTOCOLLO

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)

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

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 E-MAIL**

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 adottati affidati, disabili in situazione di gravità, che abbiano compiuto i tre anni di età ed entro dodici anni dall'ingresso 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)

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

- 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 dello 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)

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

- 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 _____ del _____ con provv. n. _____ del _____
- è sciolto dall'unione civile come certificato dal Comune di _____ del _____ 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 giurisdizionale 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)

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

- 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 _____ con provvedimento n. _____
- data di ingresso in famiglia _____ (gg/mm/aaaa)

Dati della persona disabile in situazione di gravità

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

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 giurisdizionale 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 situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute.

_____ luogo e data

_____ timbro o 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 o 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 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 norma del tutore, curatore o amministratore di sostegno n. _____ del _____

Dati della persona disabile in situazione di gravità

Cognome _____ Nome _____ Codice fiscale _____

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

Stato _____ Cittadinanza _____ Residente in _____

Prov. _____ Stato _____ Indirizzo _____ C.A.P. _____

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 intendo essere assistito
- è 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
- è in stato di disabilità in situazione di gravità accertato dalla 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 la presenza 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

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 chiede 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)
 - Conto corrente bancario o postale - Libretto postale - INPS card - Carte di pagamento dotate 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 di 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 Sidrome 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 "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.

