



Timbro datario INPS e firma

Mod.Hand 4 (CONGEDI STRAORDINARI GENITORI)
ALL'ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE
Sede di _____
- Area prestazioni a sostegno del reddito -

ALL'AZIENDA _____

Via _____ n. _____

IL DATORE DI LAVORO E' AUTORIZZATO AL PAGAMENTO SOLO SE PRESENTE TIMBRO DATARIO INPS E FIRMA.

DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO PER FIGLI CON HANDICAP GRAVE

(legge 388/2000, art. 80, comma 2 e legge 53/2000, art. 4, commi 2 e 4 bis)

QUADRO A GENITORE RICHIEDENTE

_____ nat_ il _____
COGNOME NOME GIORNO MESE ANNO

A _____
COMUNE DI NASCITA PROVINCIA CODICE FISCALE

residente a _____
COMUNE DI RESIDENZA FRAZIONE / LOCALITA'

Via _____ n. _____ Tel. _____

IL/LA SOTTOSCRITTO/A CHIEDE

- di fruire del congedo straordinario spettante ai genitori di soggetti portatori di handicap grave accertato da almeno 5 anni e della relativa indennità spettante in base alla Legge n. 388/2000 (vedi AVVERTENZE IMPORTANTI)
- Il pagamento diretto dell'indennità spettante, in quanto operaio/a agricolo/a.

QUADRO B DATI DEL/LA FIGLIO/A CON HANDICAP GRAVE

_____ nat_ il _____
COGNOME NOME GIORNO MESE ANNO

a _____
COMUNE DI NASCITA PROV CODICE FISCALE

residente a _____
COMUNE DI RESIDENZA FRAZIONE / LOCALITA'

Via _____ n. _____ Tel. _____

- figlio naturale
- figlio adottato (data provvedimento di adozione _____)
- portatore di handicap grave, accertato dalla ASL di _____ in data _____ (1)
- non ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati
- non impegnato in attività lavorativa

(1) da almeno 5 anni (vedi AVVERTENZE IMPORTANTI)

QUADRO C PERIODI DI CONGEDO RICHIESTI

Il/la sottoscritto/a chiede di poter fruire dei congedi straordinari, con pagamento della relativa indennità, nei seguenti periodi:

dal _____ al _____ dal _____ al _____

dal _____ al _____ dal _____ al _____

dal _____ al _____ dal _____ al _____

QUADRO D**DICHIARAZIONE DEL GENITORE RICHIEDENTE****IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA**

- di svolgere attività lavorativa alle dipendenze della Ditta indicata nella prima pagina
- matricola INPS della Ditta (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: _____)
- di aver già fruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto
- dal _____ al _____ gg. dal _____ al _____ gg.
- dal _____ al _____ gg. dal _____ al _____ gg.
- presso la Ditta/Ente _____, via _____ n. _____
città _____ matricola aziendale n. _____
- di aver già fruito 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 la Ditta/Ente _____, via _____ n. _____
città _____ matricola aziendale n. _____
- di non fruire, in nessuno dei mesi solari in cui cadono i periodi di congedo straordinario indicati al quadro C, dei permessi previsti dall'art. 33 della legge 104/1992 per l'assistenza alle persone con handicap.
- di non essere convivente con il/la figlio/a handicappato/a maggiorenne (1), ma di svolgere con continuità l'assistenza allo/a stesso/a per le necessità quotidiane e che nessun'altra persona è in grado di prestargli/le assistenza (2)
- che l'altro genitore non è vivente e ha fruito di n. giorni di congedo straordinario retribuito per lo/la stesso/a figlio/a

(1) La convivenza non è necessaria se il/la figlio/a handicappato/a è minorenne.

(2) Se altri familiari non lavoratori convivono con il/la figlio/a handicappato/a maggiorenne deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestare assistenza (**vedi avvertenze**)**QUADRO E****DICHIARAZIONE DELL'ALTRO GENITORE**

_____		_____		nat_ il		_____	_____	_____
COGNOME		NOME				GIORN	MESE	ANNO
A _____	_____	_____						
COMUNE DI NASCITA	PROVINCIA	CODICE FISCALE						
residente a _____	_____							
	COMUNE DI RESIDENZA	FRAZIONE / LOCALITA'						
Via _____	n. _____	Tel. _____						

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA

- di non svolgere attività lavorativa o di essere lavoratore autonomo
- di svolgere attività lavorativa alle dipendenze della Ditta/Ente _____
- indirizzo della Ditta/Ente _____
- matricola INPS della Ditta (per le aziende agricole indicare partita IVA o codice fiscale) _____
- settore di appartenenza (*industria, artigianato, terziario, servizi, agricoltura, ecc.*) _____
- qualifica (*impiegato, operaio, ecc.*) _____
- di non aver chiesto, per lo stesso soggetto handicappato, nei periodi indicati al quadro C, congedi straordinari retribuiti, **IMPEGNANDOSI A NON RICHIEDERLI** negli stessi periodi.
- di aver già fruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto
- dal _____ al _____ gg. dal _____ al _____ gg.
- dal _____ al _____ gg. dal _____ al _____ gg.
- presso la Ditta/Ente _____, via _____ n. _____
città _____ matricola aziendale n. _____

segue QUADRO E	segue DICHIARAZIONE DELL'ALTRO GENITORE
<input type="checkbox"/> di aver già fruito 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. _____ <input type="checkbox"/> presso la Ditta/Ente _____, via _____ n. _____ città _____ matricola aziendale n. _____	
<input type="checkbox"/> di non fruire, in nessuno dei mesi solari in cui cadono i periodi di congedo straordinario indicati al quadro C, dei permessi previsti dall'art. 33 della legge 104/1992 per l'assistenza alle persone con handicap, IMPEGNANDOSI A NON RICHIEDERLI negli stessi periodi.	

QUADRO F	DOCUMENTAZIONE ALLEGATA <i>(da non presentare se già allegata a precedenti domande di permessi ex lege 104/92)</i>
<input type="checkbox"/> Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap <input type="checkbox"/> Altro (indicare) _____ In caso di adozione: <input type="checkbox"/> copia del provvedimento di adozione	

QUADRO G	DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'
<p>I sottoscritti, consapevoli delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiarano, <u>ciascuno per le informazioni delle situazioni che lo riguardano</u>, che le notizie fornite con il presente modulo sono rispondenti al vero.</p> <p>Dichiarano inoltre che i suddetti periodi di congedo straordinario vengono richiesti <u>in alternativa all'altro genitore e per la durata complessiva tra tutti e due i genitori non superiore a due anni</u>, nell'arco della vita lavorativa, tenendo conto, comunque, che i periodi suddetti rientrano nel limite massimo complessivo di due anni di permesso "per gravi e documentati motivi familiari", per i quali l'interessato non ha diritto a retribuzione, riconoscibili a ciascun lavoratore(art. 4, comma 2, Legge n. 53/2000).</p> <p><u>Si impegnano a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni</u> delle notizie o delle situazioni dichiarate con la presente, in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'eventuale ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituti specializzati - la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL - le modifiche ai periodi di congedo richiesti - periodi richiesti successivamente <i>(vale solo per l'altro genitore)</i> <p>Il/la richiedente si impegna a consegnare al datore di lavoro la copia della presente domanda, <u>timbrata per ricevuta dall'INPS</u>.</p> <p>I sottoscritti autorizzano l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale al trattamento dei propri dati personali per finalità strettamente connesse con l'esecuzione delle leggi n. 104/1992, n. 53/2000 e n. 388/2000.</p> <p style="text-align: center;">Firma _____ DEL/ DELLA RICHIEDENTE</p> <p style="text-align: center;">_____ DELL'ALTRO GENITORE</p> <p>Data _____</p>	

