



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 (O AFFIDATI) CON HANDICAP GRAVE

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

QUADRO A		GENITORE O AFFIDATARIO 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 o affidatari di soggetti portatori di handicap grave **accertato da almeno 5 anni** e della relativa indennità spettante in base all'art. 42 T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001 (vedi **AVVERTENZE IMPORTANTI**).
- il pagamento diretto dell'indennità spettante, in quanto operaio/a agricolo/a.

QUADRO B		DATI DEL/LA FIGLIO/A (O AFFIDATO/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. _____
<input type="checkbox"/> figlio naturale <input type="checkbox"/> figlio adottato (1) <input type="checkbox"/> in affidamento preadottivo (1) <input type="checkbox"/> in affidamento <b>NON</b> preadottivo (1) <input type="checkbox"/> portatore di handicap grave, accertato ai sensi dell'art. 4, comma 1, della legge n. 104/1992, il giorno _____ dalla Commissione ASL di _____ <input type="checkbox"/> non ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati <input type="checkbox"/> non impegnato in attività lavorativa				
(1) allegare provvedimento di adozione o di affidamento (vedi <b>AVVERTENZE IMPORTANTI</b> )				

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 _____

N.B. Scrivere in stampatello e barrare le caselle che interessano

**QUADRO D**

**DICHIARAZIONE DEL GENITORE O AFFIDATARIO 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 essere convivente con il/la figlio/a (o la persona in affidamento) handicappato/a maggiorenne
  - di non essere convivente con il/la figlio/a (o la persona in affidamento) 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 o affidatario non è vivente e ha fruito di n. .... giorni di congedo straordinario retribuito per lo stesso/a handicappato/a
- (1) La convivenza non è necessaria se il/la figlio/a (o affidato/a) handicappato/a è minorenni.  
 (2) In tal caso allegare stato di famiglia dell'handicappato o dichiarazione sostitutiva. Se altre persone convivono con il/la figlio/a (o affidato/a) handicappato/a maggiorenne deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestargli assistenza ovvero la loro eventuale qualità di lavoratori (**vedi avvertenze**)

**QUADRO E**

**DICHIARAZIONE DELL'ALTRO GENITORE O AFFIDATARIO**

(in caso di affidamento non preadottivo allegare dichiarazione con dati anagrafici e relazione parentela degli affidatari)

<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> <small>COGNOME</small>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> <small>NOME</small>	nat_ il	<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><small>GIORN</small></td> <td style="text-align: center;"><small>MESE</small></td> <td style="text-align: center;"><small>ANNO</small></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>						<small>GIORN</small>	<small>MESE</small>	<small>ANNO</small>		
<small>GIORN</small>	<small>MESE</small>	<small>ANNO</small>											
A <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> <small>COMUNE DI NASCITA</small>	<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/> <small>PROVINCIA</small>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> <small>CODICE FISCALE</small>											
residente a <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> <small>COMUNE DI RESIDENZA</small>		<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> <small>FRAZIONE / LOCALITA'</small>											
Via <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	n. <input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>	Tel. <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>											

**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 O AFFIDATARIO**

- 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, **IMPEGNANDOSI A NON RICHIEDERLI** negli stessi periodi.

**QUADRO F****DOCUMENTAZIONE ALLEGATA***(da non presentare se già allegata a precedenti domande di permessi ex lege 104/92)*

- Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap
- Stato di famiglia dell'handicappato (in caso di non convivenza)
- Copia del provvedimento di adozione o di affidamento (in caso di adozione o di affidamento, preadottivo o non preadottivo)
- Altro (indicare) \_\_\_\_\_

**QUADRO G****DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'**

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, ciascuno per le informazioni delle situazioni che lo riguardano, che le notizie fornite con il presente modulo sono rispondenti al vero.

Dichiarano inoltre che i suddetti periodi di congedo straordinario vengono richiesti in alternativa all'altro genitore o affidatario e per la durata complessiva tra tutti e due i genitori o tra tutti gli affidatari non superiore a due anni, 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).

Si impegnano a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni dichiarate con la presente, in particolare:

- 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 *(sulla domanda di modifica dovrà essere evidenziato "La presente sostituisce e annulla quella presentata il .....")*
- periodi richiesti successivamente *(vale solo per l'altro genitore o affidatario)*

Il/la richiedente si impegna a consegnare al datore di lavoro la copia della presente domanda, timbrata per ricevuta dall'INPS.

I sottoscritti autorizzano l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale al trattamento dei propri dati personali sensibili per finalità strettamente connesse con l'esecuzione dell'art. 42 del T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001- e della legge n. 104/1992.

Firma \_\_\_\_\_  
 DEL/ DELLA RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_  
 DELL'ALTRO GENITORE O AFFIDATARIO

Data \_\_\_\_\_

