

ALL'ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE
Sede di _____
- Area prestazioni a sostegno del reddito -

ALL'AZIENDA

Via _____

n. _____

DOMANDA DI PERMESSI PER L'ANNO

(d.gs. 151/2001, art. 33 e art. 42 (Legge 104/1992, art.33 commi 2-3; Legge 53/2000, art. 19 e art. 20)

GENITORI O AFFIDATARI DI MINORI

(Scrivere in stampatello e barrare le caselle che interessano)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

QUADRO A		GENITORE RICHIEDENTE			
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"/>		
INDIRIZZO (Via, Piazza, N. Civico, Frazione ecc.)			COMUNE DI RESIDENZA		PROV.
<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>
CAP	N. TELEFONICO				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				

CHIEDE

- di fruire dei permessi indicati al **QUADRO C** o **D**, spettanti ai genitori di figli portatori di handicap e della relativa indennità qualora spettante in base al decreto legislativo n.151/2001 e alla legge 104/92 (vedi **AVVERTENZE IMPORTANTI**)
- Il pagamento diretto dei permessi spettanti, in quanto operaio/a agricolo/a.

QUADRO B		DATI DEL/LA FIGLIO/A CON HANDICAP GRAVE			
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"/>		
DATI DI RESIDENZA DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DEL RICHIEDENTE					
INDIRIZZO (Via, Piazza, N. Civico, Frazione ecc.)			CAP	COMUNE DI RESIDENZA	PROV.
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Figlio/a					
<input type="checkbox"/> Figlio/a adottat./affidat.: - data provvedimento di adozione/affidamento _____ - data di ingresso in famiglia dell'adottat./affidat.. _____					
<input type="checkbox"/> portatore di handicap grave, accertato dalla ASL di _____ in data _____ (v. punto 2 AVVERTENZE IMPORTANTI)					
<input type="checkbox"/> non ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati					
<input type="checkbox"/> beneficiario/a (se a sua volta portatore/trice di handicap grave) a titolo proprio dei permessi previsti dalla legge 104/92					

DICHIARA

- di svolgere attività lavorativa alle dipendenze della Ditta in indirizzo
- 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.) _____

DICHIARARE SOLO SE VENGONO RICHIESTI I PERMESSI DI CUI AL QUADRO C

- che il periodo di astensione obbligatoria per maternità spettante al richiedente o all'altro genitore è terminato il _____
- di trovarsi nella condizione di "genitore solo" (v. punto 4 **AVVERTENZE IMPORTANTI**)

QUADRO C**PERMESSI RICHIESTI PER FIGLI DI ETÀ INFERIORE AI 3 ANNI**

(vedi punto 3 AVVERTENZE IMPORTANTI)

- IL PROLUNGAMENTO DEL CONGEDO PARENTALE (astensione facoltativa)

dal _____ al _____
dal _____ al _____

OPPURE

- 2 ORE (O 1 ORA) DI PERMESSO PER TUTTI I GIORNI LAVORATIVI (V. punto 3.2 Avvertenze)

dal _____ al _____
dal _____ al _____
dal _____ al _____

(OPPURE)**QUADRO D****PERMESSI RICHIESTI PER FIGLI DI ETÀ COMPRESA FRA 3 E 18 ANNI (1)**

- GIORNI DI PERMESSO MENSILE (MASSIMO 3 TRA I DUE GENITORI) NELLE GIORNATE CHE SARANNO INDICATE IN TEMPO UTILE AL DATORE DI LAVORO

NEI SEGUENTI MESI

- | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> GENNAIO | <input type="checkbox"/> APRILE | <input type="checkbox"/> LUGLIO | <input type="checkbox"/> OTTOBRE |
| <input type="checkbox"/> FEBBRAIO | <input type="checkbox"/> MAGGIO | <input type="checkbox"/> AGOSTO | <input type="checkbox"/> NOVEMBRE |
| <input type="checkbox"/> MARZO | <input type="checkbox"/> GIUGNO | <input type="checkbox"/> SETTEMBRE | <input type="checkbox"/> DICEMBRE |

(1) IL PRESENTE QUADRO D NON VA COMPILATO DAGLI OPERAI AGRICOLI, CHE DOVRANNO PRESENTARE IL MODELLO HAND/AGR PER CIASCUNO DEI MESI INTERESSATI DAI PERMESSI.

QUADRO E**DICHIARAZIONE DELL'ALTRO GENITORE (tranne i casi di "genitore solo")**

Il/la sottoscritto/a, altro genitore (compreso quello adottivo o l'affidatario) del minore indicato al **QUADRO B**,

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

GIORNO	MESE	ANNO			

COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA

PROV.

CODICE FISCALE

DATI DI RESIDENZA (DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DEL RICHIEDENTE)

INDIRIZZO (Via, Piazza, N. Civico, Frazione ecc.)

COMUNE DI RESIDENZA

PROV.

CAP

N. TELEFONICO

DICHIARA

- di svolgere attività lavorativa alle dipendenze della ditta _____
Via _____ n. _____ Città _____
Matr. INPS _____ Partita IVA/Codice Fiscale _____
Settore di lavoro (industria/artigianato, terziario, agricoltura, ecc.) _____, qualifica (impiegato, operaio, apprendista, lavorante a domicilio, ecc.) _____

- di non aver richiesto, per lo stesso minore handicappato, i permessi indicati al **QUADRO C**, **IMPEGNANDOSI A NON RICHIEDERLI** negli stessi periodi

- di non aver richiesto i permessi di cui al **QUADRO D**

(oppure)

- di aver richiesto i permessi di cui al **QUADRO D** entro il limite massimo di **TRE GIORNI** tra i due genitori.

DICHIARAZIONE DELLA MADRE**(SOLO SE I PERMESSI DI CUI AL QUADRO C SONO RICHIESTI DAL PADRE)****La sottoscritta dichiara:**

- di non svolgere attività lavorativa
- di svolgere attività lavorativa come lavoratrice autonoma (Artigiana – Commerciante - Coltivatrice diretta - Colona o Mezzadra)
- di non avere diritto ai congedi parentali (astensione facoltativa) in quanto svolge attività lavorativa come libera professionista - collaboratrice coordinata e continuativa - lavoratrice a domicilio - addetta ai servizi domestici.

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA*(DA NON PRESENTARE SE GIÀ ALLEGATA A PRECEDENTI DOMANDE)*

- Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap, o, per i portatori di *sindrome di Down*, 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-).
- Certificato del medico specialista ASL, se non è stato ancora rilasciato il certificato della Commissione ASL (da presentare comunque non appena disponibile)
- Modello HAND/AGR (solo per gli operai dell'agricoltura)
- Altro (indicare) _____
- In caso di adozione :**
- Adozioni nazionali: copia del provvedimento di adozione o di affidamento e copia del documento rilasciato dall'Autorità competente da cui risulti la data di effettivo ingresso del bambino in famiglia.
- Adozioni internazionali (Legge 31/12/1998 n. 476): certificato dell'Ente autorizzato, da cui risulti l'adozione o affidamento da parte del giudice straniero, l'avvio del procedimento di "convalida" presso il giudice italiano e la data di inserimento del minore presso i coniugi affidatari o i genitori adottivi.
- Altro (indicare) _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

I sottoscritti, consapevoli delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiarano, ciascuno per le informazioni delle situazioni che lo riguardano, che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiarano di essere consapevoli 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.

Dichiarano inoltre che, per i suddetti periodi, il prolungamento del congedo parentale e le ore di permesso giornaliero (QUADRO C) vengono fruiti in alternativa all'altro genitore o che i giorni di permesso mensile (QUADRO D) vengono fruiti nel limite massimo di 3 giorni mensili tra i due genitori.

Si impegnano a presentare il certificato della Commissione ASL ed a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni delle notizie fornite o delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare l'eventuale ricovero del portatore di handicap presso istituti specializzati nonché le modifiche dei periodi richiesti.

Preso atto dell'informativa fornita ai sensi dell'art. 10 della legge 31.12.1996, n. 675, acconsentono, 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.

Consapevoli del fatto che il mancato consenso può comportare l'impossibilità di definire o notevole ritardo nella definizione la presente richiesta non consentono a quanto indicato ai punti

Firma _____
DEL/ DELLA RICHIEDENTE

DELL'ALTRO GENITORE O AFFIDATARIO

Data _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE*(non necessaria per i portatori di sindrome di Down)*

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.

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 economiche di maternità** (con esclusione dei lavoratori a domicilio e degli addetti ai servizi domestici), che deve sussistere all'inizio e durante il periodo di congedo di cui trattasi, con obbligo di svolgimento di attività lavorativa.

- I permessi spettano anche se l'altro genitore non ne ha diritto (perché, ad esempio, è casalingo/a, non svolge attività lavorativa, è lavoratore/lavoratrice autonomo/a, ecc.).
- I permessi spettano in maniera alternativa fra i due genitori.

2) SOGGETTI E REQUISITI

- **genitori, compresi gli adottivi, o affidatari di minori (anche non conviventi):**
 - con handicap in situazione di **gravità** accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992:
 - o dalla competente Commissione ASL

- oppure 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 PER I FIGLI FINO A 3 ANNI DI ETÀ'

(spettano quelli del punto 3.1 oppure del punto 3.2)

- 3.1 Prolungamento del congedo parentale (astensione facoltativa per maternità/paternità)
- 3.2 Permessi orari pari a 2 ore giornaliere (1 ora per orari di lavoro inferiori a 6 ore)

4) DECORRENZA DEI PERMESSI PER I FIGLI FINO A 3 ANNI DI ETÀ'

- I permessi sono ammessi solo **dalla fine** del periodo massimo previsto per il normale congedo parentale per maternità. Esempi:
 - 1) **Madre lavoratrice dipendente:** i permessi spettano trascorsi sei mesi dalla fine dell'astensione obbligatoria.
 - 2) **Genitore solo** (in caso di non riconoscimento del figlio da parte dell'altro genitore, di abbandono del figlio risultante da provvedimento formale, di morte dell'altro genitore, di affidamento del figlio al solo genitore richiedente): i permessi spettano trascorsi 10 mesi dalla fine dell'astensione obbligatoria.
 - 3) **Padre lavoratore dipendente, se la madre è :**
 - casalinga (non avente diritto all'astensione obbligatoria e facoltativa): i permessi spettano trascorsi 7 mesi dalla nascita del bambino;
 - lavoratrice dipendente con diritto al congedo parentale: i permessi spettano trascorsi 6 mesi dalla fine dell'astensione obbligatoria;
- I permessi possono essere richiesti durante i periodi di normale congedo parentale (astensione facoltativa) e durante i periodi di congedo per malattia del medesimo figlio fruits dall'altro genitore.

5) PERMESSI SPETTANTI PER I MINORI DA 3 A 18 ANNI DI ETÀ

- **3 giorni di permesso mensile, frazionabili anche in 6 mezze giornate,** fruibili da uno o da entrambi i genitori, tenendo presente che:
 - a) i giorni di permesso non fruiti in un mese, non possono essere cumulati con quelli spettanti in un mese successivo,
 - b) i giorni di permesso spettanti ai genitori, se richiesti contemporaneamente, possono anche coincidere (esempio: madre lunedì e martedì, padre martedì), ma non possono comunque superare il numero di tre tra i due genitori stessi,
 - c) i giorni di permesso possono essere richiesti durante i periodi di normale congedo parentale fruiti dall'altro genitore.

6) 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 della competente ASL, 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.

RICEVUTAMod.Hand 1 (genitori di Minori)

I Sig. _____ ha presentato oggi la domanda di

- prolungamento del congedo parentale (astensione facoltativa)**
- permessi orari di 1 o 2 ore al giorno**
- giorni di permesso mensile**

I nominativi del responsabile del procedimento e del responsabile del provvedimento possono essere rilevati dagli appositi avvisi esposti nei locali dell'INPS.

Le informazioni al riguardo potranno essere fornite anche telefonicamente.

Timbro datario INPS e firma



Timbro datario INPS e firma

Mod.Hand 2 (Genitori di Maggiorenni/Familiari)

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 PERMESSI PER L'ANNO

(d.lgs. 151/2001, art. 42; Legge 104/1992, art.33 comma 3; Legge 53/2000, art. 19 e art. 20)

GENITORI DI PORTATORI DI HANDICAP MAGGIORENNI

PARENTI O AFFINI ENTRO IL 3° GRADO DI PORTATORI DI HANDICAP MAGGIORI DI 3 ANNI

CONIUGI DI PORTATORI DI HANDICAP

(Scrivere in stampatello e barrare le caselle che interessano)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

QUADRO A		R ICHIEDENTE		
COGNOME		NOME		DATA DI NASCITA
[]		[]		[][][][][][][][][][]
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA		PROV.	CODICE FISCALE	
[]		[]	[]	
INDIRIZZO (Via, Piazza, N. Civico, Frazione ecc.)				
[]				
COMUNE DI RESIDENZA	[]			PROV.
PROV.	[]			[]
CAP	N. TELEFONICO			
[]	[]			

CHIEDE

- di fruire dei permessi indicati al **QUADRO D** e della relativa indennità **qualora spettante** in base al decreto legislativo n.151/2001 e alla legge 104/92 (vedi **AVVERTENZE IMPORTANTI**)
- Il pagamento diretto dell'indennità spettante, in quanto operaio/a agricolo/a.

QUADRO B		DATI DELLA PERSONA CON HANDICAP GRAVE		
COGNOME		NOME		DATA DI NASCITA
[]		[]		[][][][][][][][][][]
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA		PROV.	CODICE FISCALE	
[]		[]	[]	
INDIRIZZO (Via, Piazza, N. Civico, Frazione ecc.)				
[]				
CAP	COMUNE DI RESIDENZA			PROV.
[]	[]			[]
DATI DI RESIDENZA DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DEL RICHIEDENTE				
INDIRIZZO (Via, Piazza, N. Civico, Frazione ecc.)				
[]				
<input type="checkbox"/> Figlio/a				
<input type="checkbox"/> Figlio/a adottat./affidat.: data provvedimento di adozione/affidamento _____				
<input type="checkbox"/> Parente o affine entro il 3° grado (specificare rapporto di parentela o affinità: esempio nipote, coniuge, ecc) _____				
<input type="checkbox"/> Convivente con il/la richiedente				
<input type="checkbox"/> non convivente con il/la richiedente e residente all'indirizzo sopra indicato				
<input type="checkbox"/> portatore di handicap grave, accertato dalla ASL di _____ in data _____ (vedi punto 2 AVVERTENZE IMPORTANTI)				
<input type="checkbox"/> non ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati				
<input type="checkbox"/> impegnato/a in attività lavorativa e beneficiario/a (se lavoratore/lavoratrice) dei permessi previsti dalla legge 104/92				

DICHIARA

- di svolgere attività lavorativa alle dipendenze della Ditta in indirizzo
- matricola INPS della Ditta (per le aziende agricole indicare partita IVA o cod. fiscale) _____
- settore di appartenenza (industria/artigianato, terziario, agricoltura, ecc.) _____
- qualifica (impiegato, operaio, apprendista, lavoratore a domicilio, ecc.) _____
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap
(oppure)
- che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori (in tal caso l'altro genitore è tenuto a sottoscrivere la dichiarazione di responsabilità di pag. 3)
- di non fruire, in **nessuno** dei mesi solari in cui cadono i permessi mensili indicati al successivo *QUADRO D*, dei congedi straordinari previsti dall'art. 42 comma 5 del D.lgs. 151/2001 per l'assistenza ai figli (o, nei casi previsti, ai fratelli o sorelle) con handicap grave
- di non essere convivente con il soggetto portatore di handicap, ma di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane e che nessun'altra persona è in grado di prestargli assistenza (1)

(1) Se altri familiari non lavoratori convivono con il soggetto portatore di handicap, deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestare assistenza (**vedi avvertenze**).

QUADRO C <i>COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA PRESSO CUI RISIEDE LA PERSONA CON HANDICAP GRAVE</i>			
Cognome e Nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	Professione

QUADRO D	<i>PERMESSI MENSILI RICHIESTI (1)</i>
Il/la sottoscritto/a richiede	
<input type="checkbox"/> GIORNI DI PERMESSO MENSILE (MASSIMO 3) NELLE GIORNATE CHE SARANNO INDICATE IN TEMPO UTILE AL DATORE DI LAVORO (VEDI AVVERTENZE)	
NEI SEGUENTI MESI	
<input type="checkbox"/> GENNAIO	<input type="checkbox"/> APRILE
<input type="checkbox"/> FEBBRAIO	<input type="checkbox"/> MAGGIO
<input type="checkbox"/> MARZO	<input type="checkbox"/> GIUGNO
<input type="checkbox"/> LUGLIO	<input type="checkbox"/> OTTOBRE
<input type="checkbox"/> AGOSTO	<input type="checkbox"/> NOVEMBRE
<input type="checkbox"/> SETTEMBRE	<input type="checkbox"/> DICEMBRE
(1) IL PRESENTE QUADRO D NON VA COMPILATO DAGLI OPERAI AGRICOLI, CHE DOVRANNO PRESENTARE IL MODELLO HAND/AGR PER CIASCUNO DEI MESI INTERESSATI DAI PERMESSI.	

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

(DA NON PRESENTARE SE GIÀ ALLEGATA A PRECEDENTI DOMANDE)

- Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap o, per i portatori di *sindrome di Down*, 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-).
- Certificato del medico specialista ASL, se non è stato ancora rilasciato il certificato della Commissione ASL (da presentare comunque non appena disponibile)
- Modello HAND/AGR (solo per gli operai dell'agricoltura)
- Altro (indicare) _____

In caso di adozione:

- Adozioni nazionali: copia del provvedimento di adozione o di affidamento e copia del documento rilasciato dall'Autorità competente
- Adozioni internazionali (Legge 31/12/1998 n. 476): certificato dell'Ente autorizzato, da cui risulti l'adozione o affidamento da parte del giudice straniero, l'avvio del procedimento di "convalida" presso il giudice italiano

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

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.

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

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:

- l'eventuale ricovero 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 permesso richiesti
- la fruizione di permessi, per lo stesso portatore di handicap, da parte di altri familiari.

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.

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

Data _____

Firma _____
DEL/ DELLA RICHIEDENTE

DELL'ALTRO GENITORE O AFFIDATARIO (1)

- (1) La firma del secondo genitore, che lo impegna anche a comunicare eventuali variazioni, è necessaria solo se lo stesso beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il genitore richiedente, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori. In tal caso indicare di seguito i dati del datore di lavoro:

Denominazione Ditta _____

Indirizzo e Località _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE

(non necessaria per i portatori di *sindrome di Down*)

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.

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** (con esclusione dei lavoratori a domicilio e degli addetti ai servizi domestici),

che deve sussistere all'inizio e durante il periodo di congedo di cui trattasi, con obbligo di svolgimento di attività lavorativa.

2) BENEFICIARI

- **Genitori, compresi gli adottivi, o affidatari di di figli maggiorenni, parenti o affini entro il 3° grado, coniuge, di soggetti:**
con handicap in situazione di **gravità** accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992:

- o dalla competente Commissione ASL
- oppure 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

- **3 giorni di permesso mensile, frazionabili anche in 6 mezze giornate**

4) CONDIZIONI E MODALITÀ DI FRUIZIONE

- I permessi spettano in via **alternativa** tra i due genitori
- Spettano anche se l'altro genitore non ne ha diritto (perché, ad esempio, è casalingo/a, lavoratore/lavoratrice autonomo/a, ecc.)

- Non è richiesta la convivenza con il soggetto portatore di handicap

se conviventi- genitore richiedente

i congedi spettano anche se in famiglia sono presenti altri soggetti non lavoratori, compreso l'altro genitore

- altri familiari richiedenti (compreso il coniuge)

deve essere dimostrata l'impossibilità per altri familiari maggiorenni conviventi, non lavoratori o non studenti, compreso l'altro genitore che non lavora, di prestare assistenza (ad esempio per grave malattia, età superiore a 70 anni unita a invalidità, inabilità al lavoro, presenza nel nucleo familiare di altri figli minori di 6 anni, ecc.).

se non conviventi

i congedi spettano a condizione che l'assistenza sia prestata in via esclusiva e continuativa:

- l'**esclusività** dell'assistenza non è realizzata quando nel nucleo

familiare del soggetto handicappato sono presenti familiari maggiorenni, compresi i genitori, non lavoratori, in grado di assisterlo o lavoratori che beneficiano di permessi per lo stesso

- la **continuità** non è dimostrabile in caso di oggettiva lontananza dall'abitazione del portatore di handicap.

- I permessi non fruiti in un mese non possono essere cumulati nei mesi successivi
- In caso di part-time verticale le giornate di permesso mensile vengono proporzionalmente ridotte
- I 3 giorni di permesso, complessivamente spettanti ad entrambi i genitori conviventi con il portatore di handicap, se richiesti contemporaneamente, possono anche coincidere (esempio: madre lunedì e martedì, padre martedì)
- I lavoratori agricoli occupati con contratto stagionale possono fruire dei permessi se la durata del contratto prevede l'occupazione per almeno un mese continuativo.
- I lavoratori agricoli a tempo determinato, occupati a giornata, non possono fruire dei permessi.

5) DOMANDA E DOCUMENTAZIONE

- La domanda va presentata all'INPS in duplice copia, una delle quali verrà restituita timbrata.
- La copia timbrata dall'INPS dovrà essere consegnata al datore di lavoro per consentire la fruizione dei permessi a carico dell'INPS.

- 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).

6) RINNOVO ANNUALE

- **La domanda di permessi va presentata annualmente** all'INPS e al datore di lavoro.

- Per il rinnovo va anche dichiarato che l'ASL non ha rivisto il giudizio di gravità dell' handicap.

7) INCOMPATIBILITÀ

- Durante i mesi in cui viene fruito il congedo straordinario di cui all'art. 42 comma 5 D.lgs. n.151/2001 (congedo massimo di due anni per i genitori, o, nei casi previsti, fratelli) nessun altro soggetto può fruire dei permessi di tre giorni mensili dell'art. 33, comma 3 della legge 104/1992.

RICEVUTAHand 2 (Genitori di Maggiorenni/Familiari)

1 Sig. _____ ha presentato oggi la domanda di permessi mensili (max 3 giorni).

I nominativi del responsabile del procedimento e del responsabile del provvedimento possono essere rilevati dagli appositi avvisi esposti nei locali dell'INPS

Le informazioni al riguardo potranno essere fornite anche telefonicamente.

Timbro datario INPS e firma



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 .

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

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA	
<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) _____	

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'	
<p>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.</p>	
<p>Si impegna a consegnare al datore di lavoro la copia della presente domanda, timbrata per ricevuta dall'INPS.</p>	
<p>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:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - l'eventuale ricovero 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 permesso richiesti - la fruizione di permessi, per lo stesso portatore di handicap, da parte di altri familiari. 	
<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

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



**PORTATORI DI HANDICAP CHE LAVORANO -FAMILIARI DI PORTATORI DI HANDICAP
PERMESSI RICHIESTI DA OPERAI/E AGRICOLI/E**

D.lgs. 151/2001, art. 33 e art. 42; Legge 104/1992, art.33; Legge 53/2000, art. 19 e art. 20

MESE..... ANNO.....

DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO

(Scrivere in stampatello e barrare le caselle che interessano)

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"/>	
INDIRIZZO (Via, Piazza, N. Civico, Frazione ecc.)		COMUNE DI RESIDENZA	PROV.
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
CAP	N. TELEFONICO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
- svolge attività lavorativa in agricoltura:			
<input type="checkbox"/> a tempo indeterminato			
<input type="checkbox"/> a tempo determinato, iscritto negli elenchi nominativi del Comune di _____			

QUADRO B		DATI RELATIVI ALLA RETRIBUZIONE	
PART TIME	<input type="checkbox"/> NO	SI	<input type="checkbox"/> ORIZZONTALE <input type="checkbox"/> VERTICALE
1	<input type="text"/> OPERAIO/A A TEMPO INDETERMINATO		
RETRIBUZIONE CORRISPOSTA NEL PERIODO DAL _____ AL _____			
INDICARE GIORNO E NMESE			
A.	ORARIO DI LAVORO GIORNALIERO:	ORE N.	_____
B.	RETRIBUZIONE GIORNALIERA CONTRATTUALE RIFERITA ALLE SOLE PRESTAZIONI DELL'ORARIO ORDINARIO	£.	_____
C.	RETRIBUZIONE GIORNALIERA PER GRATIFICHE, PREMI, COMPENSI PER FERIE NON GODUTE, MENSILITA' AGGIUNTIVE	£.	_____
D.	IMPORTO TOTALE RETRIBUZIONE GIORNALIERA (SOMMARE B + C)	£.	_____
E.	RETRIBUZIONE ORARIA (IMPORTO INDICATO AL PUNTO D : A)	£.	_____
2	<input type="text"/> OPERAIO/A A TEMPO DETERMINATO		
RETRIBUZIONE CORRISPOSTA NEL PERIODO DAL _____ AL _____			
INDICARE GIORNO E NMESE			
A.	ORARIO DI LAVORO GIORNALIERO:	ORE N.	_____
B.	RETRIBUZIONE GIORNALIERA GIORNALIERA CONTRATTUALE (comprensiva del 3° elemento)	£.	_____
	RETRIBUZIONE ORARIA (IMPORTO INDICATO AL PUNTO B : A)	£.	_____

QUADRO C		PERMESSI UTILIZZATI NEL CORSO DEL MESE	
1. PERMESSI ORARI (MAX 2 ORE AL GIORNO) (1)		2. PERMESSI GIORNALIERI (MAX 3 GIORNI AL MESE)	
<input type="checkbox"/> TUTTI I GIORNI LAVORATIVI PER UN TOTALE DI ORE N. _____		<input type="checkbox"/> NEI SEGUENTI GIORNI LAVORATIVI PER UN TOTALE DI ORE N. _____	
<input type="checkbox"/> NEI SEGUENTI GIORNI LAVORATIVI PER UN TOTALE DI ORE N. _____			
CONTRASSEGNARE I GIORNI		CONTRASSEGNARE I GIORNI	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>
17 <input type="checkbox"/>	18 <input type="checkbox"/>	19 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/>
21 <input type="checkbox"/>	22 <input type="checkbox"/>	23 <input type="checkbox"/>	24 <input type="checkbox"/>
25 <input type="checkbox"/>	26 <input type="checkbox"/>	27 <input type="checkbox"/>	28 <input type="checkbox"/>
29 <input type="checkbox"/>	30 <input type="checkbox"/>	31 <input type="checkbox"/>	

(1) I PERIODI DI PROLUNGAMENTO DEL CONGEDO PARENTALE (ASTENSIONE FACOLTATIVA PER MATERNITÀ) DOVRANNO ESSERE INDICATI AL QUADRO "C" DEL MODELLO HAND 1

QUADRO D		DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ DEL DATORE DI LAVORO	
<input type="text"/> DENOMINAZIONE DITTA		<input type="text"/> CODICE INPSAZIENDA	
<input type="text"/> INDIRIZZO		<input type="text"/> FRAZIONE / LOCALITÀ	
<input type="text"/> CAP	<input type="text"/> COMUNE	<input type="text"/> PROV.	<input type="text"/> N. TELEFONO
<p>Il/la sottoscritto/a _____, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni, DICHIARA che le notizie fornite rispondono a verità. Dichiara inoltre che per il lavoratore/la lavoratrice interessat... sono stati compilati, per il corrente mese, n.... modelli Hand/agr.</p>			
DATA _____		TIMBRO E FIRMA _____	

RISERVATO INPS

PERMESSI ORARI: PROSPETTO DI LIQUIDAZIONE					
LAVORATORI A TEMPO INDETERMINATO			LAVORATORI A TEMPO DETERMINATO		
N.ro ORE DI PERMESSO (QUADRO C 1)	RETRIBUZIONE ORARIA (QUADRO B 1)	IMPORTO DA CORRISPONDERE	N.ro ORE DI PERMESSO (QUADRO C 1)	RETRIBUZIONE ORARIA (QUADRO B 2)	IMPORTO DA CORRISPONDERE

PERMESSI GIORNALIERI: PROSPETTO DI LIQUIDAZIONE					
LAVORATORI A TEMPO INDETERMINATO			LAVORATORI A TEMPO DETERMINATO		
N.ro ORE DI PERMESSO (QUADRO C 1)	RETRIBUZIONE ORARIA (QUADRO B 1)	IMPORTO DA CORRISPONDERE	N.ro ORE DI PERMESSO (QUADRO C 1)	RETRIBUZIONE ORARIA (QUADRO B 2)	IMPORTO DA CORRISPONDERE

AVVERTENZE IMPORTANTI

1) SOGGETTI INTERESSATI / RAPPORTO DI LAVORO

- Soggetti interessati sono i lavoratori agricoli a tempo indeterminato/determinato
 - Portatori di handicap in situazione di gravità
 - In rapporto di parentela con il portatore di in situazione di gravità:
 - genitori
 - coniuge
 - parenti o affini entro il 3° grado
- Gli interessati devono essere titolari di un **rapporto di lavoro dipendente** che deve sussistere all'inizio e durante i periodi di permesso richiesti.
- **CONTRATTO STAGIONALE**
 - I giorni di **permesso mensile possono essere riconosciuti** solo se la durata del contratto è pari almeno ad un mese, con previsione di attività per 6 giorni alla settimana (o 5 in caso di "settimana corta").
- **OCCUPAZIONE "A GIORNATA"**
 - I giorni di **permesso mensile non possono essere riconosciuti**

2) DICHIARAZIONE

- La dichiarazione va presentata all'INPS territorialmente competente, unitamente alla richiesta annuale dei permessi, a cura dei soggetti che hanno svolto attività in agricoltura in qualità di operai con contratto a tempo indeterminato/determinato.
- La dichiarazione va presentata per ciascuno dei mesi (o frazione di essi se il rapporto di lavoro ha avuto durata inferiore) durante i quali il lavoratore/la lavoratrice ha utilizzato i permessi orari o giornalieri.
- La dichiarazione deve essere compilata da ogni datore di lavoro presso il quale è stata svolta attività lavorativa.
- Le variazioni retributive intervenute nel corso del mese vanno indicate utilizzando ulteriori modelli Hand/agr.

3) PERMESSI SPETTANTI

- Permessi orari, **pari a 2 ore giornaliere (1 ora per orari di lavoro inferiori a 6 ore)**, che possono essere richiesti esclusivamente
 - dai genitori o affidatari di minori fino a 3 anni di età
 - dai lavoratori maggiorenni portatori di handicap
- Permessi mensili, **pari a 3 giorni** (frazionabili anche in mezze giornate).

4) PAGAMENTO DEI PERMESSI

- La struttura INPS territorialmente competente provvede al pagamento diretto dei permessi.