

DIREZIONE CENTRALE RISORSE UMANE

Roma, 01/03/2011

Circolare n. 45

*Ai Dirigenti centrali e periferici
Ai Direttori delle Agenzie
Ai Coordinatori generali, centrali e
periferici dei Rami professionali
Al Coordinatore generale Medico legale e
Dirigenti Medici*

e, per conoscenza,

*Al Presidente
Al Presidente e ai Componenti del
Consiglio di Indirizzo e Vigilanza
Al Presidente e ai Componenti del Collegio
dei Sindaci
Al Magistrato della Corte dei Conti
delegato all'esercizio del controllo
Ai Presidenti dei Comitati amministratori
di fondi, gestioni e casse
Al Presidente della Commissione centrale
per l'accertamento e la riscossione
dei contributi agricoli unificati
Ai Presidenti dei Comitati regionali
Ai Presidenti dei Comitati provinciali*

Allegati n. 5

**OGGETTO: Permessi a favore di persone con disabilità grave. Art. 33
della legge n.104/992**

SOMMARIO: Premessa
1. Soggetti aventi diritto
2. Modalità di fruizione dei permessi
 2.1. Disposizioni comuni
3. La certificazione di disabilità grave (verbale di accertamento)
4. Assenza di ricovero

Premessa

A seguito dell'entrata in vigore in data 24 novembre 2010 della legge n. 183 del 4 novembre 2010 con la quale sono state introdotte, all'articolo 24, nuove disposizioni sui permessi retribuiti a favore dei dipendenti che assistono

familiari con disabilità grave si fornisce un quadro riepilogativo della disciplina in materia di permessi previsti dall'art. 33 della legge 104/1992 e successive modifiche e integrazioni.

Si illustrano preliminarmente le principali novità introdotte dalla citata legge:

- **Viene ristretta la platea dei soggetti legittimati a fruire dei permessi per assistere persone in situazione di disabilità grave.**
- **Non è ammessa l'alternatività tra più beneficiari, in quanto i permessi possono essere accordati soltanto ad un unico lavoratore. La sola eccezione è prevista per i genitori di figli con disabilità grave ai quali è riconosciuta la possibilità di fruire dei permessi in argomento alternativamente, sempre nel limite dei tre giorni per persona disabile.**
- **Non sono più richiesti i requisiti della convivenza, della continuità ed esclusività dell'assistenza.**
- **Il lavoratore ha diritto a scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al domicilio della persona da assistere.**
- **Viene prevista la decadenza dal diritto alle agevolazioni in caso di accertamento di insussistenza dei requisiti richiesti dalla normativa in materia.**
- **Viene istituita una banca dati presso il Dipartimento della Funzione Pubblica relativa ai benefici in argomento.**

1) SOGGETTI AVENTI DIRITTO

Per la fruizione del diritto ai permessi di cui all'art. 33 della legge 104/1992 il dipendente interessato deve presentare apposita domanda al Presidio risorse umane della sede territoriale o al team risorse umane della sede regionale, conformemente al modello organizzativo adottato al riguardo da ciascuna Direzione Regionale.

I dipendenti della Direzione Generale, interessati alla fruizione dei predetti permessi, devono inoltrare la relativa istanza, per il tramite della segreteria della Struttura di appartenenza, alla Direzione centrale Risorse Umane – Area normativa e contenzioso del lavoro.

Per la formulazione della domanda sono stati predisposti appositi modelli (All. 1 e All. 2) che gli interessati avranno cura di compilare integralmente e

correttamente al fine di consentire all'Istituto la verifica della sussistenza dei requisiti previsti dalla normativa vigente per la fruizione dei benefici in argomento.

I lavoratori legittimati a fruire di detti permessi sono :

- ***Il dipendente in situazione di disabilità grave;***
- ***I dipendenti genitori che assistono figli di età inferiore ai tre anni in situazione di disabilità grave;***
- ***Il dipendente per assistere ciascun familiare in situazione di disabilità grave, ivi compresi i dipendenti genitori che assistono figli di età superiore ai tre anni.***

In base al nuovo dettato normativo, ampiamente illustrato con la circolare della Direzione Centrale Prestazioni a sostegno del reddito n. 155/2010, hanno ora diritto ai permessi retribuiti per assistere un soggetto in situazione di disabilità grave, oltre il **coniuge, i parenti e gli affini entro il 2° grado.**

Per maggiore chiarezza si rammenta che sono:

- parenti di primo grado: genitori, figli;
- parenti di secondo grado: nonni, fratelli, sorelle, nipoti (figli di figli);
- affini di primo grado : suocero/a, nuora, genero;
- affini di secondo grado: cognati.

Solo in particolari condizioni le agevolazioni possono essere estese ai parenti e affini di 3° grado delle persone da assistere.

A tal fine si precisa che sono:

- parenti di terzo grado: bisnonni, zii, nipoti (figli di fratelli e/o sorelle);
- affini di terzo grado: zii acquisiti, nipoti acquisiti.

Le eccezioni per le quali l'art. 24 della citata legge n. 183/2010 prevede l'estensione del diritto a fruire dei benefici in parola ai parenti e affini di terzo grado, sono rappresentate dai casi in cui il coniuge e/o i genitori della persona in situazione di disabilità grave:

- **abbiano compiuto i sessantacinque anni di età;**
- **siano affetti da patologie invalidanti;**
- **siano deceduti o mancanti.**

Con l'espressione "mancanti," come precisato nella circolare della Direzione Centrale Prestazioni a sostegno del reddito n. 155/2010 e nella circolare del

Dipartimento della Funzione Pubblica n. 13/2010, deve intendersi non solo una situazione di assenza naturale e giuridica (celibato o stato di figlio naturale non riconosciuto) ma anche ogni altra condizione ad essa assimilabile (divorzio, separazione legale, abbandono) debitamente certificata dall'autorità giudiziaria o da altra pubblica autorità.

Per quanto concerne le patologie invalidanti, non avendo la legge esplicitato tale nozione si fa riferimento alle patologie indicate nell'art. 2, comma 1, lettera d), del Decreto Interministeriale n. 278 del 21 luglio 2000.¹

Al riguardo si chiarisce che il parente o affine di terzo grado, se interessato a fruire dei benefici in argomento dovrà allegare alla domanda, in busta chiusa, la documentazione medica² attestante la sussistenza della patologia invalidante da cui sono affetti il coniuge e/o il/i genitore/i del soggetto da assistere.

Pertanto, con riferimento ai chiarimenti di carattere operativo forniti con il messaggio n.1740 del 25.01.2011 e alla luce delle nuove disposizioni normative, i competenti uffici dovranno riesaminare le domande presentate dai parenti e affini di terzo grado dei soggetti in situazione di disabilità grave nonché quelle presentate da più familiari per l'assistenza allo stesso soggetto con disabilità in situazione di gravità.

Qualora in tale fase i predetti uffici accertino l'insussistenza dei requisiti richiesti dalla recente normativa, dovranno invitare gli interessati, nel più breve tempo possibile, a rinnovare le domande corredate dalle dichiarazioni del soggetto disabile, utilizzando i modelli allegati alla presente circolare.

In particolare, nell'ipotesi in cui i permessi siano stati accordati a più dipendenti per lo stesso soggetto disabile, dovrà essere acquisita la dichiarazione di quest'ultimo da cui risulti la scelta del dipendente beneficiario dei permessi.

Invece, nell'ipotesi in cui i permessi siano stati accordati a parenti o ad affini di terzo grado del soggetto in situazione di disabilità grave, si dovrà acquisire la dichiarazione del dipendente dalla quale risulti la relazione di parentela con il soggetto disabile e che il coniuge e/o i genitori di quest'ultimo abbiano

¹Regolamento recante disposizioni di attuazione dell'art. 4 della legge n. 53/2000 concernente congedi per eventi per cause particolari che individua le seguenti patologie: "1) Patologie acute o croniche che determinano temporanea o permanente riduzione o perdita dell'autonomia personale, ivi incluse le affezioni croniche di natura congenita, reumatica, neoplastica, infettiva, dismetabolica, post-traumatica, neurologica, neuromuscolare, psichiatrica, derivanti da dipendenze, a carattere evolutivo o soggette a riacutizzazioni periodiche; 2) patologie acute o croniche che richiedono assistenza continuativa o frequenti monitoraggi clinici, ematochimici e strumentali; 3) patologie acute o croniche che richiedono la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario."

² La documentazione medica può essere rilasciata dal medico specialista del servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico.

compiuto i sessantacinque anni di età, oppure siano affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti.

Qualora le dichiarazioni richieste non vengano presentate entro il **31 marzo 2011** gli uffici dovranno inviare agli interessati la comunicazione attestante la revoca, con effetto da tale data, del provvedimento di autorizzazione alla fruizione dei permessi di cui alla legge 104/1992.

Per i dipendenti della Direzione generale la predetta verifica verrà effettuata dalla Direzione centrale risorse umane - Area normativa e contenzioso del lavoro.

2) MODALITA' DI FRUIZIONE DEI PERMESSI

Il dipendente in situazione di disabilità grave ha la possibilità di fruire alternativamente in ogni mese di:

- **2 ore** di permesso al giorno per ciascun giorno lavorativo del mese;
- **3 giorni** interi di permesso al mese;
- **18 ore** mensili da ripartire nelle giornate lavorative secondo le esigenze personali, frazionabili e fruibili per un tempo pari o superiore ad un'ora; le predette ore, se fruite per l'intera giornata, comporteranno un abbattimento dell'orario teorico giornaliero (pari a 7 ore e 12 minuti).

Il dipendente per l'assistenza a ciascun familiare in situazione di disabilità grave ha la possibilità di fruire alternativamente di:

- **3 giorni** interi di permesso al mese;
- **18 ore** mensili da ripartire nelle giornate lavorative secondo le esigenze personali, frazionabili e fruibili per un tempo pari o superiore ad un'ora; le predette ore, se fruite per l'intera giornata, comporteranno un abbattimento dell'orario teorico giornaliero (pari a 7 ore e 12 minuti).

I genitori che assistono figli di età inferiore ai tre anni in situazione di disabilità grave possono fruire alternativamente:

- **del prolungamento del congedo parentale retribuito** fino al terzo anno di vita del bambino, ad avvenuta fruizione del congedo di maternità e del congedo parentale ordinario;
- **di due ore** di permesso giornaliero;
- **di tre giorni** interi di permesso al mese.

Si precisa che, trattandosi di istituti finalizzati all'assistenza del minore, inferiore a tre anni, in situazione di disabilità grave, la fruizione degli stessi deve intendersi alternativa e non cumulativa nell'arco del mese.

Conseguentemente, nel mese in cui uno o entrambi i genitori, anche alternativamente, abbiano fruito di uno o più giorni di permesso ai sensi dell'art. 33 comma 3 della legge 104/1992, gli stessi non potranno beneficiare per il medesimo figlio delle ore di permesso giornaliero o del prolungamento del congedo parentale.

Nell'ipotesi di assistenza di un minore di età inferiore ai tre anni, il nuovo dettato normativo prevede, altresì, la possibilità di fruire dei permessi lavorativi in argomento, in alternativa ai genitori, anche per i parenti e gli affini aventi diritto, sempre nel limite previsto di tre giorni mensili.

2.1) DISPOSIZIONI COMUNI

Il dipendente è tenuto a comunicare al Direttore della struttura di appartenenza, all'inizio di ciascun mese, la modalità di fruizione dei permessi, non essendo ammessa la fruizione mista degli stessi nell'arco del mese di riferimento ed è tenuto altresì a comunicare, per quanto possibile, la relativa programmazione.

Si evidenzia che le nuove norme non precludono la possibilità per lo stesso dipendente di assistere più persone in situazione di disabilità grave, con la conseguenza che, ove ne ricorrano tutte le condizioni, il medesimo lavoratore potrà fruire di permessi anche in maniera cumulativa per prestare assistenza a più disabili.

Analogamente le nuove norme non precludono ad un lavoratore in situazione di disabilità grave di assistere altro soggetto che si trovi nella stessa condizione e, pertanto, in presenza dei presupposti di legge, tale dipendente potrà fruire dei permessi per se stesso e per il familiare disabile che assiste.

Qualora il dipendente fruisca dei benefici in argomento per assistere un familiare disabile lavoratore, è necessario che l'assistito non sia impegnato in attività lavorativa nella stessa giornata in cui è richiesto il permesso.

I permessi in questione, qualunque sia la modalità di fruizione, sono utili ai fini della maturazione delle ferie e della tredicesima (v. messaggio n. 36370 del 10/11/2004) nonché della corresponsione del compenso incentivante e, se fruiti in modalità oraria tale da non comportare un'assenza per l'intera giornata, danno diritto all'attribuzione del buono pasto (v. messaggio n. 000610 del 17/04/2003 e allegato Accordo sottoscritto in data 03/04/2003).

Ai dipendenti in regime di tempo parziale i permessi in argomento, se fruiti nella modalità oraria, spettano in misura corrispondente alla percentuale di riduzione dell'orario di lavoro nel caso di part - time orizzontale, mentre nel caso di part time verticale spettano per intero (18 ore mensili).

Per quanto riguarda, invece, i permessi fruiti nella modalità giornaliera, gli stessi spettano per intero (3 giorni) ai dipendenti con orario di lavoro a tempo parziale di tipo "orizzontale", mentre vengono ridotti proporzionalmente all'orario osservato ai dipendenti con orario di lavoro a tempo parziale di tipo "verticale".

3) LA CERTIFICAZIONE DI DISABILITA' GRAVE (VERBALE DI ACCERTAMENTO)

La condizione prioritaria ed essenziale per accedere ai permessi retribuiti è che il soggetto disabile sia in possesso della certificazione di disabilità (verbale di accertamento) con **connotazione di gravità (art. 3 comma 3 della legge 104/1992)**.

L'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave va inoltrata dall'interessato (soggetto disabile) al Direttore della sede INPS di appartenenza, **per via telematica, direttamente o tramite i patronati**, dopo il rilascio, da parte del medico di base o altro medico certificatore³, dell'attestazione dell'invio della certificazione finalizzata alla domanda per il riconoscimento della disabilità grave.

La certificazione o verbale con cui viene riconosciuto lo stato di disabilità grave viene rilasciata da un'apposita Commissione medica operante presso ogni azienda sanitaria locale costituita ai sensi dell'art. 4 comma 1 della legge 104/1992 ed integrata ai sensi dell'art. 20 comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009; la documentazione così formalizzata **non può essere sostituita da eventuali certificati/verbali di invalidità, anche se attestano l'invalidità totale**.

Qualora siano trascorsi **15 giorni - in caso di patologie oncologiche** - (v. art. 6 comma 3 bis della legge n. 80/2006) o **90 giorni - per tutte le altre patologie** - (v. art. 2 comma 2 del D.L. n. 324/1993 convertito in legge n. 423/1993) dalla data di inoltro della suddetta istanza, e **il dipendente non sia ancora in possesso della certificazione di disabilità grave**, lo stesso può **presentare domanda** all'ufficio competente per la concessione dei permessi in questione, allegando una **certificazione provvisoria rilasciata dal medico** in servizio presso una struttura pubblica o privata equiparata alla pubblica (v. circolare della Direzione Centrale Prestazioni a sostegno del reddito n. 32/2006), **specialista nella patologia** dalla quale è affetta la persona disabile; detta certificazione **ha validità fino alla conclusione del procedimento di accertamento**.

³ La lista dei medici certificatori è visualizzabile sul sito www.inps.it, nel link dedicato all'invalidità civile.

Nell'ipotesi in cui, in esito al procedimento di accertamento, la Commissione medica non riconosca la condizione di disabilità grave, le assenze eventualmente effettuate dal dipendente, in via provvisoria, a titolo di permessi ex L.n.104/92 saranno trasformate in assenze ad altro titolo.

Per la concessione dei benefici in argomento ai dipendenti che assistono persone con **sindrome di Down o grandi invalidi di guerra**, categorie equiparate a soggetti in situazione di disabilità grave ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 della legge 104/1992, è prevista una procedura semplificata che consiste nella presentazione, in luogo del verbale di accertamento sopra richiamato, della documentazione illustrata nei punti 1 e 2 della circolare della Direzione Centrale Prestazioni a sostegno del reddito n. 128/2003.

Nel caso in cui, da parte della competente Commissione medica, venga fissata una rivedibilità del soggetto, indicando una data di scadenza della certificazione o verbale, si fa presente che, decorso detto termine, decadono i benefici relativi ai permessi.

Si raccomanda, pertanto, agli interessati, per continuare a beneficiare delle agevolazioni già riconosciute, di provvedere tempestivamente all'attivazione dell'iter procedurale finalizzato alla conferma della condizione di disabilità grave.

Nell'ipotesi in cui una nuova valutazione accerti che non sussiste più la connotazione di gravità della disabilità, il dipendente è tenuto ad effettuare immediata comunicazione alla segreteria della struttura di appartenenza.

4) ASSENZA DI RICOVERO

Altro requisito essenziale per la concessione dei permessi lavorativi di cui all'art. 33 della legge 104/1992 è l'assenza di ricovero a tempo pieno della persona con disabilità grave, per ciò intendendosi il ricovero per le intere 24 ore presso "strutture ospedaliere o simili, pubbliche o private, che assicurano assistenza sanitaria continuativa". Al riguardo si fa presente che i permessi in argomento **non sono concedibili** al dipendente per far fronte a necessità assistenziali "non sanitarie" (aiuto nell'igiene, nell'alimentazione, nel supporto personale) di cui i familiari di una persona ricoverata si fanno carico.

Detti permessi **possono essere invece concessi**, come ribadito nella circolare n. 13/2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica, anche in presenza di ricovero **nei seguenti tre casi**:

- **interruzione del ricovero** per necessità del disabile di recarsi fuori della struttura che lo ospita per effettuare visite o terapie;
- **ricovero a tempo pieno** di un disabile in coma vigile e/o in situazione terminale;

- **ricovero a tempo pieno di un minore** in situazione di disabilità grave per il quale risulti documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare.

La ricorrenza delle situazioni eccezionali di cui sopra dovrà naturalmente risultare da idonea documentazione medica che gli uffici sono tenuti a valutare.

°
° °

Al fine di adottare una modulistica omogenea relativa ai permessi di cui all'art. 33 della legge 104/1992, sono stati predisposti per i dipendenti dell'Istituto gli allegati modelli di domanda (All.1 e All.2) nei quali gli interessati, accludendo la certificazione medica sopra indicata, dovranno dichiarare, consapevoli delle conseguenze civili e penali derivanti dal rilascio di dichiarazioni false o mendaci, una serie di condizioni personali e del familiare cui si intende prestare assistenza, necessarie ai fini della concessione dei citati permessi. Le dichiarazioni di cui agli allegati n. 3, 4 e 5 dovranno essere rese soltanto nelle ipotesi in cui, il soggetto disabile che necessita di assistenza, si trovi in una delle particolari situazioni indicate nell'istestazione degli stessi.

Si fa presente che è prevista l'istituzione presso il Dipartimento della Funzione pubblica di una banca dati finalizzata al monitoraggio e al controllo sulla legittima fruizione dei permessi accordati ai pubblici dipendenti in quanto persone disabili o che assistono altra persona in situazione di disabilità grave.

Si fa riserva di fornire ulteriori informazioni al riguardo non appena detto Dipartimento avrà comunicato, con apposita circolare, l'attivazione della banca dati e le modalità operative per trasmettere i dati richiesti.

Il Direttore Generale
Nori

[Allegato N.1](#)
[Allegato N.2](#)
[Allegato N.3](#)
[Allegato N.4](#)
[Allegato N.5](#)

Allegato n. 1



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Alla Direzione centrale risorse umane
Area normativa e contenzioso del lavoro

*DOMANDA DI PERMESSI PER ASSISTENZA AD UN FAMILIARE
DISABILE*

(LEGGE 104/1992 ART. 33 COMMA 3)

COGNOME E NOME

.....

LUOGO E DATA DI NASCITA

.....

CODICE FISCALE

.....

COMUNE DI RESIDENZA

.....

INDIRIZZO

.....

DIREZIONE O STRUTTURA DI APPARTENENZA

.....

chiede di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992 per poter assistere il Sig./ra (nome disabile)nato/a ail.....C.F.....e residente acon il quale è nella seguente relazione di parentela:.....

A tal fine, **consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia**, dichiara che:

- ❑ nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- ❑ l'altro genitore:
Sig./raC.F.....
non dipendente / dipendente presso.....
beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;
- ❑ il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela /affinità di 3° grado:
 - non è coniugato;
 - è vedovo/a;
 - è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
 - è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;
 - è stato coniugato ma il coniuge è deceduto;
 - è separato legalmente o divorziato;
 - è coniugato ma in situazione di abbandono;
 - ha uno o entrambi i genitori deceduti,
 - ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
 - ha uno o entrambi genitori affetti da patologia invalidante;
- ❑ è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- ❑ è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per l'effettiva tutela dei disabili;

- ❑ il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare del 3 dicembre 2010 n. 155;
- ❑ si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno)

Si allega:

- ❑ copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza.
- ❑ certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) o 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena disponibile)
- ❑ dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave - ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) - nella quale viene indicato il familiare che debba prestare l'assistenza prevista dai termini di legge.
- ❑ nei casi previsti, documentazione sanitaria attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico.
- ❑ nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.

Data.....

Firma del dipendente

**DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE
(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)**

Il/la sottoscritt..... nato/a a
..... ilresidente in.....

prov..... via/piazza..... cap.....
consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28
dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

dichiara:

- di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di.....il.....;
- di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente digrado del richiedente in quanto.....;
- di voler essere assistito soltanto dal Sig./ra.....nato ail.....CF.....e residente a

Si allega copia del documento di riconoscimento n.....rilasciato da.....il.....

Firma

Luogo e data.....



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Al Direttore della Sede di.....

***DOMANDA DI PERMESSI PER ASSISTENZA AD UN FAMILIARE
DISABILE***

(LEGGE 104/1992 ART. 33 COMMA 3)

COGNOME E NOME

.....

LUOGO E DATA DI NASCITA

.....

CODICE FISCALE

.....

COMUNE DI RESIDENZA

.....

INDIRIZZO

.....

DIREZIONE O STRUTTURA DI APPARTENENZA

.....

chiede di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992 per poter assistere il Sig./ra (nome disabile)nato/a ail.....C.F.....e residente acon il quale è nella seguente relazione di parentela:.....

A tal fine, **consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia**, dichiara che:

- ☐ nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- ☐ l'altro genitore:
Sig./ra.....C.F.....
non dipendente/ dipendente presso.....
beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;
- ☐ il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela /affinità di 3° grado:
 - ☐ non è coniugato;
 - ☐ è vedovo/a;
 - ☐ è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
 - ☐ è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;
 - ☐ è stato coniugato ma il coniuge è deceduto;
 - ☐ è separato legalmente o divorziato;
 - ☐ è coniugato ma in situazione di abbandono;
 - ☐ ha uno o entrambi i genitori deceduti,
 - ☐ ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
 - ☐ ha uno o entrambi genitori affetti da patologia invalidante;
- ☐ è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- ☐ è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per l'effettiva tutela dei disabili;

- ❑ il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare del 3 dicembre 2010 n. 155;
- ❑ si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.(decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno)

Si allega:

- ❑ copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave " ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza.
- ❑ certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) o 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena disponibile)
- ❑ dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave - ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) - nella quale viene indicato il familiare che deve prestare l'assistenza prevista dai termini di legge.
- ❑ nei casi previsti, documentazione sanitaria attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico.
- ❑ nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.

Data.....

Firma del dipendente

**DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE
(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)**

Il/la sottoscritt..... nato/a a
..... ilresidente in.....

prov..... via/piazza..... cap.....
consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28
dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

dichiara:

- di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di.....il.....;
- di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente digrado del richiedente in quanto.....;
- di voler essere assistito soltanto dal Sig./ra.....nato ail.....CF.....e residente a

Si allega copia del documento di riconoscimento n.....rilasciato da.....il.....

Firma

Luogo e data.....



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Alla Direzione Centrale Risorse Umane
Area Normativa e Contenzioso del lavoro

***DOMANDA DI PERMESSI PER DIPENDENTE DISABILE
(LEGGE 104/1992 ART. 33 COMMA 3)***

COGNOME E NOME

.....

LUOGO E DATA DI NASCITA

.....

COMUNE DI RESIDENZA

.....

CODICE FISCALE

.....

INDIRIZZO

.....

DIREZIONE O STRUTTURA DI APPARTENENZA

.....

chiede di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992.

A tal fine, **consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia,** dichiara che:

- necessita delle agevolazioni per le esigenze legate alla propria situazione di disabilità;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.(revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità);
- è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per l'effettiva tutela dei disabili.

Si allega:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D. L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992;
- certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto richiedente, se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) e 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena possibile).

Data.....

Firma del dipendente



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Al Direttore della Sede di.....

***DOMANDA DI PERMESSI PER DIPENDENTE DISABILE
(LEGGE 104/1992 ART. 33 COMMA 3)***

COGNOME E NOME

.....

LUOGO E DATA DI NASCITA

.....

CODICE FISCALE

.....

COMUNE DI RESIDENZA

.....

INDIRIZZO

.....

DIREZIONE O STRUTTURA DI APPARTENENZA

.....

chiede di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992.

A tal fine, **consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia,** dichiara che:

- necessita delle agevolazioni per le esigenze legate alla propria situazione di disabilità;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità);
- è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per l'effettiva tutela dei disabili.

Si allega;

- copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D. L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992;

ovvero

- certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto richiedente, se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) e 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena possibile).

Data.....

Firma del dipendente

DICHIARAZIONE DEL FAMILIARE DEL DISABILE CHE SI TROVA IN UNA SITUAZIONE DI IMPEDIMENTO TEMPORANEO PER RAGIONI DI SALUTE

Il sottoscritto.....nato/a a
il.....CF.....e residente a in qualità di
(grado di parentela).....del disabile Sig./ra.....
.....nato/a a.....
.....il.....CF.....residente..... in.....
.....
.....prov.....Via/piazza.....cap.....in situazione di
impedimento temporaneo per ragioni di salute, consapevole delle sanzioni penali,
richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, per dichiarazioni non
veritiere, formazione o uso di atti falsi,

dichiara che lo/a stesso/a :

- è in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di.....il.....;
- è in condizione di disabilità ,il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- non è ricoverato a tempo pieno;
- presta attività lavorativa e beneficia delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;
- non presta attività lavorativa;
- è parente digrado in quanto.....;
- consapevole che soltanto un lavoratore può fruire dei permessi per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità, intende essere assistito soltanto dal Sig./ranato/a a.....CF.....e residente a

Firma del familiare

.....

Luogo e data.....

Spazio riservato al funzionario incaricato

attesto che tale dichiarazione è stata resa dal
Sig.....(estremi documento di
riconoscimento.....) il quale ha altresì dichiarato di
essere (grado di parentela).....del disabile che si trova in una
situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute.

Luogo e data

Timbro e firma dell'addetto

.....

**DICHIARAZIONE DELLA PERSONA CHE ESERCITA LA POTESTÀ'
GENITORIALE/TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO DELLA
PERSONA IN SITUAZIONE DI DISABILITÀ' GRAVE
(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)**

Il/la sottoscritt nato/a a
..... ilCF.....residente
in..... prov..... via/piazza.....
cap..... in qualità di ☐ **genitore** ☐ **tutore**, ☐ **curatore**, ☐ **amministratore di
sostegno** del Sig./ranato/a
.....il.....CF.....residente
a consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del
D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso
di atti falsi,

dichiara che:

il/la Sig./ra

- è parente di.....grado del Sig./ra.....in
quanto.....;
- consapevole che soltanto un lavoratore può fruire dei permessi per l'assistenza
alla stessa persona disabile in situazione di gravità, intende essere assistito
soltanto dal Sig./ra.....nato/a
a.....il.....CF.....e residente a
.....;
- è in condizione di disabilità grave ai sensi dell'art.3, comma 3, della L. n.104/92
riconosciuta con verbale della Commissione ASL di.....il.....;
- è in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- non è ricoverato a tempo pieno
- svolge attività lavorativa e di beneficia delle agevolazioni previste dalla legge
104/1992;
- non presta attività lavorativa.

Si allega copia del documento di riconoscimento n.....rilasciato
da.....il.....

Luogo e data

Firma

DICHIARAZIONE DEL DISABILE CHE NON SA O NON PUO' FIRMARE

Attesto che la dichiarazione in calce è stata resa in mia presenza dal soggetto disabile, identificato mediante (estremi documento di riconoscimento.....) il quale ha altresì dichiarato:

- di non saper firmare
- di non poter firmare a causa di un impedimento permanente

Luogo e data

Timbro e firma dell'addetto

.....

DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE (DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)

Il/la sottoscritt..... nato/a a
..... il CF.....residente.....
.....in.....
... prov..... via/piazza..... cap.....
consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

dichiara:

- di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di.....il.....;
- di essere in condizione di disabilità, il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente digrado del Sig./ra..... in quanto.....;
- consapevole che soltanto un lavoratore può fruire dei permessi per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità, di voler essere assistito soltanto dal Sig./ranato/a aC.F.....e residente a

Firma

.....

Luogo e data.....