



DOMANDA DI PERMESSI LEGGE 104/92

Documenti necessari:

- * Carta d'identità e codice fiscale richiedente;
- * Carta d'identità e codice fiscale familiare disabile;
- * Verbale di riconoscimento di handicap con connotazione di gravità
(L.104/92 art. 3 com. 3) in corso di validità;
- * Periodo che si richiede dal __/__/____ al __/__/____ .
- * Dati Datore di lavoro: dalla Busta Paga o dal contratto di lavoro del richiedente;
- * Recapito telefonico (obbligatorio) _____
- * Indirizzo e-mail personale (obbligatoria). _____
- * Il familiare disabile deve Firmare l'autocertificazione n. **1** allegata
- * Il richiedente deve Firmare l'autocertificazione n. **2** allegata

**I DIPENDENTI PUBBLICI DEVONO PRESENTARE LA RICHIESTA
DIRETTAMENTE PRESSO LA PROPRIA
AMMINISTRAZIONE DI COMPETENZA.**



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Se l'interessato è soggetto a tutela, a curatela o ad amministrazione di sostegno, la presente dichiarazione è resa e sottoscritta rispettivamente dal tutore o dall'interessato con l'assistenza del curatore o dell'amministratore di sostegno.(art.5 del DPR 445/2000).

Dati e dichiarazione del tutore / curatore / amministratore di sostegno

Cognome: _____ Nome: _____
 Codice fiscale: _____ Nato/a Il: _____
 A: _____ Cittadinanza: _____
 Residente In: _____ Indirizzo: _____
 Cap: _____ Telefono: _____
 Cellulare: _____ Indirizzo e-mail: _____

Nella sua qualità di: (1) tutore (2) curatore (3) amministratore di sostegno

Decreto di nomina n: _____

del: _____

rilasciato dal tribunale di: _____

Dichiaro di essere nelle condizioni dichiarate dal richiedente dal quale intendo essere assistito.

firma _____

*Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato,
 la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente
 alla fotocopia di un documento di riconoscimento*

Dichiarazione sostitutiva di atto notorio

Il sottoscritto _____ dichiara, ai sensi dell'art. 47, D.P.R. 445/2000, di essere in possesso dell'allegato documento in originale contenente la dichiarazione relativa alla scelta del referente unico dell'assistenza, di cui all'art 42, comma 5, del d.lgs. n. 151 del 2001, e di impegnarsi a conservarlo ed a produrlo all'INPS per ogni eventuale verifica connessa all'istruttoria relativa alla domanda per l'assistenza del familiare disabile.

Li, _____ firma _____

NOTA: La presente Dichiarazione del disabile maggiorenne non costituisce ricevuta di presentazione della domanda.