



# *Il Patronato della Cgil*

*Istituto Nazionale Confederale di Assistenza*

## **ANTICIPO PENSIONISTICO SOCIALE – APE SOCIALE LAVORATORI PRECOCI**

Per la presentazione della domanda di riconoscimento delle condizioni di accesso ai benefici rivolgiti al **PATRONATO INCA CGIL BRIANZA**

### **DOCUMENTAZIONE NECESSARIA**

- **Carta identità, codice fiscale, Codice fiscale del coniuge e IBAN Banca/Posta**
  
- **Per i disoccupati:**
  - se **licenziati**, allegare lettera di licenziamento e indicare con atto notorio quando è terminata la prestazione di disoccupazione;
  - se **dimissionari**, allegare la lettera di dimissioni per giusta causa e indicare con atto notorio quando è terminata la prestazione di disoccupazione;
  - se cessati per **risoluzione consensuale**, allegare il verbale di accordo stipulato ai sensi dell'articolo 7 della legge 15 luglio 1966, n. 604 e indicare con atto quando ha terminato di godere della prestazione di disoccupazione;
  - se **operaio agricolo**, deve allegare la documentazione probatoria richiamata nei precedenti punti, a seconda della fattispecie in cui rientra, e deve indicare con atto notorio da quanto tempo ha cessato il rapporto di lavoro.
  
- **Per invalidi civili:**
  - Il richiedente deve riportare nella domanda gli estremi del verbale rilasciato dalle commissioni sanitarie competenti in materia di accertamento dell'invalidità civile;
  - allegare il verbale dell'invalidità civile.
  
- **Per chi assiste portatori di handicap grave:**
  - il richiedente deve compilare nel modello di domanda un'autodichiarazione in cui afferma di assistere, precisando da quale data presta assistenza, uno dei soggetti indicati dal decreto (coniuge, persona con la stessa legata da unione civile, parente di primo grado) e di convivere, precisando da quale data, con il medesimo portatore di handicap, riportare i dati anagrafici dell'assistito;
  - allegare il verbale rilasciato dalla commissione medica attestante l'handicap in situazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge n. 104 del 1992.

- **Per chi svolge in via continuativa una o più delle attività lavorative “gravose” ammesse a beneficio:**
  - dichiarazione dell'azienda, attestante che la mansione lavorativa è particolarmente faticosa, redatta su uno dei modelli di seguito allegati che sono differenziati a seconda che il soggetto sia un lavoratore dipendente del settore privato, del settore pubblico (codice AP116) o un lavoratore domestico (codice AP117);
  - il contratto di lavoro o una busta paga.
  
- **Per chi svolge attività lavorativa c.d. “usurante”:**
  - dichiarazione dell'azienda, attestante che la mansione lavorativa è usurante, redatta su uno dei modelli di seguito allegati che sono differenziati a seconda che il soggetto sia un lavoratore dipendente del settore privato, del settore pubblico (codice AP116) o un lavoratore domestico (codice AP117);
  - Dichiarazione di aver svolto attività di lavoro dipendente indicando una o più tra le seguenti tipologie:
    - lavoratore impegnato in mansioni particolarmente usuranti;
    - lavoratore notturno;
    - lavoratori addetti alla c.d. linea catena;
    - conducente di veicoli di capienza non inferiore a 9 posti, adibiti a servizio pubblico di trasporto.
  - Dichiarazione di aver svolto una o più delle attività lavorative sopra richiamate, con l'indicazione dell'esatto arco temporale, per un periodo di tempo pari:
    - ad almeno sette anni negli ultimi dieci di attività lavorativa, oppure
    - ad almeno la metà della vita lavorativa complessiva.

**Se hai i requisiti per APE SOCIALE o LAVORO PRECOCE**

**fissa un appuntamento mandando una mail alla sede più vicina**

LA DOCUMENTAZIONE CONTENUTA NEL PRESENTE ELENCO RIGUARDA LA GENERALITA' DEI CASI.  
SITUAZIONI E CASI PARTICOLARI VERRANNO VALUTATI ALLO SPORTELLO.



*il Patronato della CGIL*

PROTOCOLLO



## Dichiarazione sostitutiva di atto notorio - 1/2

D.P.R. 445/2000 art.47

○ ALLA SEDE DI

○ NOME  ○ COGNOME

○ CODICE FISCALE  ○ NATO/A IL GG/MM/AAAA

○ A  ○ PROV.  ○ STATO

○ CITTADINANZA

○ RESIDENTE IN  ○ PROV.  ○ STATO

○ INDIRIZZO  ○ CAP

○ TELEFONO  ○ CELLULARE

○ E-MAIL

○ DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO  ○ NUMERO

○ RILASCIATO DA  ○ IN DATA

---

---

---

---

---

---

---

---

Data \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

Firma del funzionario \_\_\_\_\_

● **DA RICORDARE**

Tutta la modulistica è disponibile presso gli uffici Inps, sul sito Internet dell'istituto [www.inps.it](http://www.inps.it) o presso enti di patronato. Ulteriori informazioni possono essere richieste al numero gratuito Inpsinforma 803



## Dichiarazione sostitutiva di atto notorio - 2/2

Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni incluse nella domanda e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere dai benefici ottenuti.

Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## Informativa sul trattamento dei dati personali

**(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante “Codice in materia di protezione dei dati personali”)**

*L'Inps con sede in Roma, via Ciriaco De Mita, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.*

*Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto.*

*I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria.*

*Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.*

*L'Inps la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di un'agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.*

Il logo sovrastante deve avere dimensioni massime (LxH) 19,5cm x 3cm

AP116

intestazione del datore di lavoro max 106 caratteri

**ATTESTAZIONE DATORE DI LAVORO**  
**in relazione alle attività lavorative di cui all'allegato B della legge 27 dicembre 2017, n. 205**  
**(art. 48 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Io sottoscritto/a:

Codice Fiscale	<input type="text"/>	Sesso	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
Cognome	<input type="text"/>			
Nome	<input type="text"/>			
Nato/a il	<input type="text"/>			
in	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Estero		
Provincia	<input type="text"/>			
Comune	<input type="text"/>			
Residente in:				
Stato	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Estero		
Provincia	<input type="text"/>			
Comune	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>	
Indirizzo	<input type="text"/>	n.	<input type="text"/>	
Telefono mobile*	<input type="text"/>			
E-mail*	<input type="text"/>			
in qualità di	<input type="text"/>			

dell'Azienda/Amministrazione

Codice Fiscale	<input type="text"/>
Denominazione	<input type="text"/>
Matricola Inps	<input type="text"/>
eventuale intermediario o consulente dell'Azienda	<input type="text"/>

consapevole della responsabilità penale e delle sanzioni previste in caso di false attestazioni e dichiarazioni mendaci (artt. 47, 48, 71, 73, 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000), sotto la mia personale responsabilità



- CCNL applicato al rapporto di lavoro \_\_\_\_\_
- livello di inquadramento \_\_\_\_\_
- attività attualmente svolte (segnalare una delle categorie di seguito indicate, di cui all'allegato B della legge 27 dicembre 2017 n. 205)
- Operai dell'industria estrattiva dell'edilizia e della manutenzione di edifici
  - Conduttori di gru o di macchinari mobili per la perforazione di costruzioni
  - Conciatori di pelli e di pellicce
  - Conduttori di convogli ferroviari e personale viaggiante
  - Conduttori di mezzi pesanti e camion
  - Personale delle professioni sanitarie infermieristiche ed ostetriche ospedaliere con lavoro organizzato in turni
  - Addetti all'assistenza personale di persone in condizioni di non autosufficienza
  - Insegnanti di scuola dell'infanzia e educatori di asili nido
  - Facchini, addetti allo spostamento merci e assimilati
  - Personale non qualificato addetto ai servizi di pulizia
  - Operatori ecologici ed altri raccoglitori e separatori di rifiuti
  - Operai dell'agricoltura, della zootecnia e della pesca
  - Pescatori della pesca costiera, in acque interne, in alto mare, dipendenti o soci di cooperative
  - Lavoratori del settore siderurgico di prima e seconda fusione e lavoratori del vetro addetti a lavori ad alte temperature non già ricompresi nella normativa del decreto legislativo n. 67 del 2011
  - Marittimi imbarcati a bordo e personale viaggiante dei trasporti marini e in acque interne
- Codice professionale ISTAT \_\_\_\_\_

Il rapporto di lavoro ha subito le seguenti variazioni

- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- CCNL applicato al rapporto di lavoro \_\_\_\_\_
- livello di inquadramento \_\_\_\_\_
- attività svolte (segnalare una delle categorie di seguito indicate, di cui all'allegato B della legge 27 dicembre 2017 n. 205)
- Operai dell'industria estrattiva dell'edilizia e della manutenzione di edifici
  - Conduuttori di gru o di macchinari mobili per la perforazione di costruzioni
  - Conciatori di pelli e di pellicce
  - Conduuttori di convogli ferroviari e personale viaggiante
  - Conduuttori di mezzi pesanti e camion
  - Personale delle professioni sanitarie infermieristiche ed ostetriche ospedaliere con lavoro organizzato in turni
  - Addetti all'assistenza personale di persone in condizioni di non autosufficienza
  - Insegnanti di scuola dell'infanzia e educatori di asili nido
  - Facchini, addetti allo spostamento merci e assimilati
  - Personale non qualificato addetto ai servizi di pulizia
  - Operatori ecologici ed altri raccoglitori e separatori di rifiuti
  - Operai dell'agricoltura, della zootecnia e della pesca
  - Pescatori della pesca costiera, in acque interne, in alto mare, dipendenti o soci di cooperative
  - Lavoratori del settore siderurgico di prima e seconda fusione e lavoratori del vetro addetti a lavori ad alte temperature non già ricompresi nella normativa del decreto legislativo n. 67 del 2011
  - Marittimi imbarcati a bordo e personale viaggiante dei trasporti marini e in acque interne
- Codice professionale ISTAT \_\_\_\_\_

X

Aggiungi variazione

Luogo e data

Firma del dichiarante

TIMBRO DELL'AZIENDA/DELL'AMMINISTRAZIONE

▪

**ATTESTAZIONE DATORE DI LAVORO DOMESTICO**  
(art. 48 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Io sottoscritto/a:

Codice Fiscale                Sesso  M  F

Cognome

Nome

Nato/a il / /

in   Estero

Provincia

Comune

Residente in:

Stato   Estero

Provincia

Comune  CAP

Indirizzo  n.

Telefono mobile\*

E-mail\*

in qualità di datore di lavoro domestico

consapevole della responsabilità penale e delle sanzioni previste in caso di false attestazioni e dichiarazioni mendaci (artt. 47, 48, 71, 73, 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000), sotto la mia personale responsabilità

**ATTESTO**

che il Sig.re/ra

Codice Fiscale                Sesso  M  F

Cognome

Nome

Nato/a il / /

Nato/a in   Estero

Provincia

Comune

Residente in:

Stato   Estero

Provincia

Comune  CAP

Indirizzo  n.

Frazione\*

Palazzina\*  sc.\*  int.\*  Presso\*

Telefono fisso\*  Fax\*

Il recapito inerente la presente richiesta è:

di Residenza  Domicilio diverso dalla Residenza

Eventuale indirizzo diverso dalla residenza:

Stato   Estero

Provincia

Comune  CAP

Indirizzo  n.

Frazione\*

Palazzina\*  sc.\*  int.\*  Presso\*

Telefono fisso\*  Fax\*

è stato/a dipendente, nel rapporto di lavoro domestico n. (indicare il codice rapporto di lavoro)

\_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

per la mia assistenza personale

per l'assistenza personale di:

Codice Fiscale  Sesso  M  F

Cognome

Nome

Nato/a il

in   Estero

Provincia

Comune

Residente in:

Stato

Estero

Provincia

Comune

CAP

Indirizzo

n.

persona in condizioni di non autosufficienza - condizione attestata con certificazione medica ovvero con verbale di accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità ovvero dello stato di handicap ai sensi dell'art. 20 della legge 3 agosto 2009 n. 102, contenente la dizione:

- Verbale di riconoscimento d'invalidità civile del \_\_\_\_\_ contenente la dizione: "Invalido con totale e permanente inabilità lavorativa 100% e con impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore (l. 18/1980)"
- Verbale di riconoscimento d'invalidità civile contenente la dizione: "Invalido con totale e permanente inabilità lavorativa 100% e con necessità di assistenza continua, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani (l. 18/1980)"
- Verbale di riconoscimento di cecità assoluta contenente la dizione: "Cieco assoluto (l. 382/1970 e l. 508/1988)"
- Verbale di riconoscimento di sordità contenente la dizione: "Sordo (l. 381/1970 e l. 508/1988)"
- Verbale di riconoscimento dello stato di handicappato ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104 recante la dizione: "Portatore di handicap in situazione di gravità (comma 3, art. 3)"

\_\_\_\_\_

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma del richiedente