



## DOMANDA DI PERMESSI LEGGE 104 E CONGEDO BIENNALE RETRIBUITO

La presentazione della domanda è strettamente subordinata al riconoscimento dell'handicap grave secondo l'articolo 3, comma 3 della legge 104/1992.

Per la presentazione della domanda è necessario recarsi al  
**PATRONATO INCA CGIL** muniti di:

### • PERMESSI LEGGE 104

- carta identità e codice fiscale del richiedente e del disabile;
- **verbale ASL** di riconoscimento handicap grave (**art. 3, co. 3, l.104/1992**);
- eventuale busta paga recente del richiedente;
- solo se il disabile è maggiorenne: **dichiarazione di responsabilità del disabile** (di seguito allegata);

### • CONGEDO BIENNALE RETRIBUITO

#### Il richiedente deve convivere con il disabile in situazione di gravità

- carta identità e codice fiscale del richiedente e del disabile;
- **verbale ASL** di riconoscimento handicap grave (**art. 3, co. 3, l.104/1992**);
- eventuale busta paga recente del richiedente;
- solo se il disabile è maggiorenne: **dichiarazione di responsabilità del disabile** (di seguito allegata);
- in caso di ricovero gratuito del disabile: eventuale dichiarazione resa dal medico della struttura di degenza sulla quale indica necessaria la presenza del richiedente (indicandone cognome/nome).

[www.cgilbrianza.it](http://www.cgilbrianza.it)

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



il Patronato della CGIL

**NOTA BENE:** pratiche soggette a corrispettivo ai sensi dell'art. 18 comma 2 della L. 152/2001 nel caso in cui richiedente e/o disabile non fossero iscritti CGIL



*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.*

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**

**per il seguente periodo: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_**

(Attenzione: è sufficiente inviare all'Istituto un'unica dichiarazione per tutte le domande ricadenti nel periodo comunicato)

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.