



Assegno per il nucleo familiare e assegno familiare Dichiarazione per periodi di inattività in agricoltura dovuti ad infortunio o malattia professionale, malattia, maternità

Per ottenere gli assegni per il nucleo familiare (per i lavoratori agricoli dipendenti, per i compartecipanti familiari e per i piccoli coloni) e l'assegno familiare (per i piccoli coltivatori diretti) relativamente ai periodi di inattività in agricoltura dovuti ad infortunio o malattia professionale, malattia, gravidanza e puerperio, oltre a possedere i requisiti di legge, è necessario compilare il modulo secondo le indicazioni di seguito riportate e allegarlo al modulo PREST. AGR. 21 TP* (Prestazioni di disoccupazione agricola e/o assegno per il nucleo familiare per i lavoratori agricoli dipendenti, compartecipanti familiari e piccoli coloni) oppure al modulo PREST. AGR. 21 TP AF* (se i richiedenti sono piccoli coltivatori diretti).

● A chi spetta

Per avere diritto agli assegni il lavoratore agricolo:

- deve essere iscritto o avere titolo all'iscrizione negli elenchi nominativi per un numero di giornate non inferiore a 51
- deve essere stato occupato, alle dipendenze di datori di lavoro agricoli, per almeno 6 giorni nei 30 giorni precedenti il verificarsi dell'evento (infortunio o malattia professionale, malattia, maternità)

Se il lavoratore risulta iscritto negli elenchi per più di 101 giornate il modulo non deve essere presentato. In questo caso l'assegno per il nucleo familiare spetta per l'intero anno (articolo 8, legge 37/1977).

● Cosa spetta

L'assegno viene pagato per i seguenti periodi:

- infortunio e malattia professionale, per tutto il periodo di inabilità temporanea assoluta riconosciuta dall'Inail, fino ad un massimo di 3 mesi
- malattia, per tutto il periodo per il quale viene corrisposta l'indennità di malattia
- maternità, limitatamente al periodo di assenza obbligatoria dal lavoro stabilito dalla legge (due mesi precedenti la presunta data del parto e tre mesi dopo il parto)

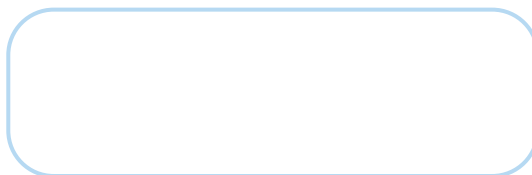
Spettano 6 assegni ogni 7 giorni consecutivi di calendario, per un massimo di 26 assegni in un mese.

● Dati, informazioni e dichiarazioni indispensabili (articolo 1, comma, 783, legge 296/06)

- dati anagrafici del richiedente (pagina 1)
- dati relativi ai periodi di inattività (pagina 1)
- dati relativi attività lavorativa (pagine 1 e 2)

● Documenti da allegare

- certificato medico relativo alla causa di inattività
- se il certificato è già stato consegnato all'Inps deve essere indicata, all'interno del modulo (pagina 1), la data di presentazione



Assegno per il nucleo familiare e assegno familiare Dichiarazione per periodi di inattività in agricoltura dovuti ad infortunio o malattia professionale, malattia, maternità - 1/2

ALL'UFFICIO INPS DI

NOME COGNOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

A PROV. STATO

CITTADINANZA

RESIDENTE IN PROV. STATO

INDIRIZZO CAP

TELEFONO* CELLULARE*

INDIRIZZO E-MAIL*

Dichiaro che nei 30 giorni precedenti l'inizio dei seguenti periodi di inattività

- per infortunio o malattia professionale dal _____ al _____ (gg/mm/aaaa)
- per malattia dal _____ al _____
- per maternità dal _____ al _____

ho presentato il relativo certificato in data _____ (gg/mm/aaaa)

ho prestatato attività lavorativa in qualità di operaio agricolo dipendente presso:

AZIENDA

INDIRIZZO CAP

DAL AL NUMERO GIORNATE

DAL AL NUMERO GIORNATE

AZIENDA

INDIRIZZO CAP

DAL AL NUMERO GIORNATE

DAL AL NUMERO GIORNATE



Assegno per il nucleo familiare e assegno familiare Dichiarazione per periodi di inattività in agricoltura dovuti ad infortunio o malattia professionale, malattia, maternità - 2/2

<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dichiaro che durante il periodo di inattività nessun componente del mio nucleo familiare ha percepito o percepisce trattamenti di famiglia. 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 Ciro il Grande, 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 modulo, saranno trattati in 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. Il loro elenco completo ed aggiornato è disponibile sul sito www.inps.it.

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 una agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.