

DICHIARAZIONE A CURA DEL **FAMILIARE CONVIVENTE** COL DESTINATARIO DEL PIANO CHE USUFRUISCE DEI PERMESSI DAL LAVORO AI SENSI DELLA L. 104/92

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a

a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente in Cagliari in Via/P.zza

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ consapevole che in caso di false dichiarazioni si applicano le norme penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

Che nell'anno 2024 ha usufruito di n° \_\_\_\_\_ ore di permesso L. 104/92 alla settimana per n° \_\_\_\_\_ settimane nell'anno da parte del seguente datore di lavoro:

\_\_\_\_\_

Cagliari, \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_