

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 \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, residente in Nuragus 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 2021 ha usufruito di n° \_\_\_\_\_ ore di permesso L. 104/92 alla settimana per n° \_\_\_\_\_ settimane nell'anno da parte del seguente datore di lavoro:

\_\_\_\_\_

Nuragus, \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_