

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 Villassalto 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 2025 ha usufruito di n° _____ ore di permesso L. 104/92 alla settimana per n° _____
settimane nell'anno da parte del seguente datore di lavoro:

Villassalto, _____

FIRMA DEL DICHIARANTE
