

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

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
domiciliat\_ a (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

Girasole, \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DICHIARANTE \_\_\_\_\_