

**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 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: _____

Palau, _____

FIRMA DEL DICHIARANTE _____