

Alla Responsabile dei Servizi Sociali  
Comune di Florinas

**OGGETTO: DICHIARAZIONE A CURA DEL FAMILIARE CHE USUFRUISCE DEI PERMESSI DAL LAVORO AI SENSI DELLA L. 104/92**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ 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:  
\_\_\_\_\_.

FIRMA DEL DICHIARANTE

*Allegare fotocopia documento identità del dichiarante*