

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