

Al Comune di Albagiara
Via Cagliari n. 20
All'Ufficio Servizi Sociali

OGGETTO: Piani personalizzati di sostegno in favore di persone con grave disabilità L. 162/98 con decorrenza 1° Maggio 2026 ai sensi delle DGR n 35/13 del 25/10/2023 – 41/33 del 01.12.2023. Dichiarazione sostitutiva di certificazione (d.p.r. n. 445/2000). Fruizione permessi di lavoro ai sensi della legge 104/1992.

Il presente modulo deve essere compilato e sottoscritto dal familiare convivente con il destinatario del piano che ha usufruito dei permessi L. 104/92.

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____, via/piazza _____ n. _____
(se diverso dalla residenza) domiciliato in via/piazza _____ n. _____
Telefono/ cellulare _____ (recapito telefonico indispensabile);
Codice fiscale _____
dipendente presso _____

In qualità di familiare convivente del destinatario del piano L. 162/98:

Cognome _____ Nome _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____, via/piazza _____ n. _____
_____ (se diverso dalla residenza) domiciliato in via/piazza _____ n. _____ Codice fiscale _____
_____ Telefono/ cellulare _____ (recapito telefonico indispensabile)

consapevole che in caso di false dichiarazioni si applicano le norme penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000;

DICHIARA

di aver usufruito per l'assistenza a favore del suddetto destinatario del piano L. 162/98 nell'anno 2025 dei permessi di lavoro ai sensi della Legge 104/92 per un n. di settimane annuali _____ e per n. di ore settimanali _____, per un totale complessivo di ore annuali pari a n. _____;

Data ____/____/____

Il dichiarante _____

Si allega fotocopia del documento di identità del dichiarante in corso di validità.