

Al Comune di Albagira  
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.***