

DICHIARAZIONE A CURA DEL FAMILIARE CONVIVENTE COL DESTINATARIO DEL PIANO CHE USUFRUISCE DEI PERMESSI DAL LAVORO AI SENSI DELLA L. 104/92

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ (____) in via _____

Codice Fiscale: _____

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

che nell'anno **2018** ha usufruito di n° _____ ore di permesso L. 104/92 alla settimana per n° _____ settimane nell'anno da parte del seguente datore di lavoro:

Porto Torres li, _____

FIRMA DEL DICHIARANTE

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 regolamento ue 2016/679 sulla protezione dei dati (gdpr) – vedi Allegato A