

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

\_\_\_\_\_