

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

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____, residente in Mandas 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 2023 ha usufruito di n° _____ ore di permesso L. 104/92 alla settimana per n° _____ settimane nell'anno da parte del seguente datore di lavoro: _____

Mandas, _____

FIRMA DEL DICHIARANTE
