

## Dichiarazione sostitutiva di certificazione (Art. 46 D.P.R. 445/00)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE \_\_\_\_\_ IN VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_

Consapevole che in caso di false dichiarazioni si applicano le norme penali ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000;

### DICHIARA

(barrare e compilare la voce che interessa)

- Che il sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ dipendente presso \_\_\_\_\_ ha fruito per l'assistenza a favore di \_\_\_\_\_ nell'anno 2024 dei permessi di lavoro ai sensi della L. 104/92 per un n. di settimane annuali \_\_\_\_\_ e per n. di ore settimanali \_\_\_\_\_, per un totale complessivo di ore annuali pari a \_\_\_\_\_;
- Che nessun familiare ha usufruito nell'anno 2024 di permessi da lavoro ai sensi della L. 104/92;

Data

\_\_\_\_\_

In Fede

\_\_\_\_\_

Si allega fotocopia del documento di identità del dichiarante