Comune di Collinas (SU)

Ufficio di Servizio Sociale

SCADENZA 29 MARZO 2024

OGGETTO: L - 162/98 - PIANO PERSONALIZZATO DI SOSTEGNO A FAVORE DI PERSONA CON HANDICAP GRAVE – DICHIARAZIONE A CURA DEL FAMILIARE CHE USUFRUISCE DEI PERMESSI DAL LAVORO AI SENSI DELLA L. 104/92.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

(Prov. _____) il _____/_____/_____, e residente a _____

in Via/Vico/Piazza _____ N. _____

Tel. _____ e-mail _____

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 per l'utente _____

ha usufruito di N° _____ ore di permesso L. 104/92 alla settimana per N° _____ settimane nell'anno

da parte del seguente datore di lavoro: _____.

Collinas, _____

FIRMA DEL DICHIARANTE

_____

N.B.: La dichiarazione è da compilarsi da parte dei familiari che CONVIVONO con il beneficiario del piano personalizzato della L. 162/98.