

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
( ART. 46 D.P.R. N. 445/2000)

Il /la sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_

consapevole che in caso di false dichiarazioni si applicano le norme penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA  
( barrare e compilare la voce che interessa )

che il sig./ra \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

dipendente presso \_\_\_\_\_ ha fruito per  
l'assistenza a favore di \_\_\_\_\_ nell'anno 2019 dei  
permessi di lavoro ai sensi della L. 104/92 per n. \_\_\_\_\_ di settimane annuali e per n.

\_\_\_\_\_ di ore settimanali , per un totale complessivo di n. \_\_\_\_\_ ore  
annuali .

che nessun familiare convivente ha fruito nell'anno 2019 dei permessi di lavoro ai sensi della L. 104/92.

Luogo e data \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_

*Si allega fotocopia del documento di identità del dichiarante*