

AL COMUNE DI GONNOSNO'
ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI

OGGETTO: PIANI PERSONALIZZATI DI SOSTEGNO IN FAVORE DI PERSONE CON GRAVE DISABILITÀ L. 162/98 DA ATTUARSI DAL 1° MAGGIO 2024. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (D.P.R. N. 445/2000). FRUIZIONE PERMESSI DI LAVORO AI SENSI DELLA LEGGE 104/1992.

Il presente modulo deve essere compilato e sottoscritto dal familiare **convivente** con il destinatario del piano che ha usufruito dei permessi L. 104/92.

Il/La sottoscritto/a cognome _____

nome _____

residente a _____ in via _____

n. _____

codice fiscale _____

Telefono _____ dipendente presso _____

in qualità di familiare **convivente** del destinatario del piano L. 162/98:

Sig./ra _____

nato/a _____ e residente a _____

in via _____ n° _____

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

DICHIARA

di aver usufruito per l'assistenza a favore del suddetto destinatario del piano L. 162/98 nell'anno 2023 dei permessi di lavoro ai sensi della Legge 104/92 per un n. di settimane annuali _____ e per n. di ore settimanali _____, per un totale complessivo di ore annuali pari a n. _____;

Data ____/____/____

Il dichiarante _____

Si allega fotocopia del documento di identità del dichiarante in corso di validità.