

**OGGETTO: PIANI PERSONALIZZATI DI SOSTEGNO IN FAVORE DI PERSONE CON GRAVE  
DISABILITÀ L. 162/98 DA ATTUARSI DAL 1° MAGGIO 2021.  
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:**

(barrare e compilare la voce che interessa)

di aver usufruito per l'assistenza a favore del suddetto destinatario del piano L. 162/98 nell'anno 2020 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.