



**COMUNE DI CHIARAMONTI**  
**PROVINCIA DI SASSARI**  
Via F.lli Cervi n. 1 C.A.P.07030  
Tel 079/569092 Fax 079/569631  
E.mail: [sociale@comune.chiaramonti.ss.it](mailto:sociale@comune.chiaramonti.ss.it)  
Pec: [protocollo@pec.comune.chiaramonti.ss.it](mailto:protocollo@pec.comune.chiaramonti.ss.it)

**Ufficio Servizi Sociali, Scolastici e Culturali**

**OGGETTO: DICHIARAZIONE A CURA DEL FAMILIARE CHE USUFRUISCE DEI PERMESSI DAL LAVORO AI SENSI DELLA L. 104/92;**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ in Via/P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

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 2022 ha usufruito di n° \_\_\_\_\_ ore di permesso L. 104/92 alla settimana per n° \_\_\_\_\_ settimane  
nell'anno da parte del seguente datore di lavoro: \_\_\_\_\_.

O ne ha usufruito per un n° totale di ore \_\_\_\_\_ nelle giornate:

FIRMA DEL DICHIARANTE \_\_\_\_\_

Allegare fotocopia documento identità del dichiarante