

AL Settore Gestione Risorse umane

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER LA FRUIZIONE DEI PERMESSI DI CUI ALL'ART. 33 L. 104/92

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____

consapevole che “*chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia*” (art. 76 del D.P.R. n. 445 del 2000)

Dichiara

Di essere autorizzato dall'INPS alla fruizione dei permessi per assistenza soggetti disabili legge 104/92 e a tal fine

DICHIARA

Di essere autorizzato a fruire dei giorni/ore di permessi legge 104/92 per se stesso

SI **NO**

Di essere autorizzato a fruire dei giorni/ore di permessi legge 104/92 per altri familiari

SI **NO**

DATI RELATIVI AL PORTATORE DI HANDICAP /CODICE FISCALE			
Cognome	e	nome _____	Rapporto _____ di
parentela _____			
Data _____	di _____	nascita _____	Comune _____ di
nascita _____	Prov. _____		
Codice fiscale _____			

Si allega copia del proprio documento d'identità

_____, li, _____

FIRMA