**AUTOCERTIFICAZIONE**

**PERMESSI DA LAVORO SI SENSI DELLA LEGGE N 104/1992**

**E SUCCESSIVE MODIFICHE APPORTATE DALLA LEGGE 53/2000 ART.19**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_

(Cognome e Nome)

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/Piazza/Reg. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Indicare Datore di Lavoro);

**FAMILIARE CONVIVENTE** del Sig./ra o minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Cognome e Nome)

portatore di handicap grave ai sensi dell’art. 3 comma 3 della Legge n. 104/1992 e beneficiario di Piano

Personalizzato ai sensi della Legge n. 162/1998;

**DICHIARA,**

**sotto la propria responsabilità,**

ai sensi della Legge n.15 del 04/01/1968, , consapevole delle conseguenze previste dalla legge in caso di dichiarazione mendace ed ai fini dei diritti previsti dall’art.33, commi 5 e 7 della Legge n. 104/1992,

* di aver usufruito per l’anno 2024 di permessi dal lavoro ai sensi della Legge n. 104/1992, per complessive n.\_\_\_\_\_\_\_ **ORE SETTIMANALI** e **N.** \_\_\_\_\_\_\_ **SETTIMANE ANNUALI - come da certificazione allegata alla presente.**

Nughedu San Nicolò, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2025

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_