

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art.47 D.P.R. n.445 del 2000)

Il/la sottoscritt _____

Nato/a a _____ (provincia) _____ il _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

in qualità di _____ del/la sig/ra _____

nato/a a _____ (provincia) _____ il _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

consapevole che in caso di dichiarazioni non veritieri verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 D.P.R. n° 445 del 28/12/2000), sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

in riferimento all'avvio degli interventi socio-assistenziali di cui alla L.162/98 Anno 2020

in favore di _____ ,

che il sig./sig.ra _____ nato/a _____
in qualità di familiare convivente del beneficiario, residente a _____ in via
_____ ha fruito nell'anno 2019 per l'assistenza a favore del medesimo dei
permessi lavorativi retribuiti ai sensi della Legge 104/92, per n. _____ settimane annuali, n. _____
ore settimanali e n. _____ ore complessive annuali.

che nessun familiare convivente del beneficiario ha fruito nell'anno 2019 dei permessi lavorativi retribuiti ai sensi della Legge 104/92.

DATA

IL DICHIARANTE

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento UE 679/2016 e al Codice della Privacy italiano come da ultimo modificato dal d.lgs. 101/2018, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

DATA

IL DICHIARANTE