

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (A CARICO DELLA ASL)				
FREQUENZA CENTRI DI AGGREGAZIONE SOCIALE				
SERVIZI DI TRASPORTO SOCIALE				
RICOVERO, SOGGIORNO E/O ACCOGLIENZA IN STRUTTURA PUBBLICA O PRIVATA (CONVENZIONATA)				
ALTRI SERVIZI FRUITI (SPORT TERAPIA, ECC.)				

* NON VANNO INSERITI I SERVIZI ATTIVATI TRAMITE LA 162/98.

DICHIARA ALTRESI'

Che nell'anno 2024 il familiare autorizzato e convivente _____ (nome e cognome e rapporto di parentela) ha usufruito di n° _____ ore di permesso L. 104/92 alla settimana per n° _____ settimane nell'anno da parte del seguente datore di lavoro:

Che la persona destinataria del piano nell'anno 2024 ha svolto attività lavorativa come segue:

ATTIVITA' LAVORATIVA	N. SETTIMANE NEL 2024	MEDIA ORE SETTIMANALI	N. ORE COMPLESSIVAMENTE SVOLTE NELL'ANNO 2024	NOTE (ES. DISCONTINUITA' DEL LAVORO, PERIODI DI MANCATA DISOCCUPAZIONE, VARIAZIONI DI ORARIO)

Dichiaro di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96, i dati personali da me forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____ (luogo e data)

Il destinatario del piano o l'incaricato della tutela o titolare della patria potestà o amministratore di sostegno o il familiare

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.