**OGGETTO: DICHIARAZIONE MENSILE ALTRO REFERENTE BENEFICIARIO**

 **L. 104/92 ART. 33 C.3.**

Il/La sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_/ / , residente

a \_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) in Via

n \_\_\_ , in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

Che nel mese di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha fruito a tutt’oggi di n. \_\_\_\_\_ giorni / ore di permessi di cui alla legge 104/92 art. 33 c.3 e che non è in congedo negli stessi giorni, per l’assistenza a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il / / , soggetto disabile in situazione di gravità.

Lì, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA

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