

COMUNICAZIONE AI FINI DELL'APPLICAZIONE DELL'ESONERO CONTRIBUTIVO "LAVORATRICI MADRI"

(art. 1, commi da 180 a 182 L. 30.12.2023, n. 213)

Con riferimento all'esonero del 100 per cento della quota dei contributi previdenziali per l'invalidità, la vecchiaia e i superstiti a carico delle lavoratrici madri di tre o più figli, con rapporto di lavoro dipendente a tempo indeterminato, introdotto dall'art. 1, commi da 180 a 182, della legge 30.12.2023, n. 213, nel rispetto delle previste istruzioni operative indicate nella circolare INPS 31.01.2024 n. 27,

la sottoscritta _____

Codice fiscale _____

lavoratrice dipendente dell'ASL DI SALERNO PRESSO _____

MATRICOLA _____

DICHIARA
SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ
(rilasciata ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000)

- di avvalersi dell'esonero di cui in premessa, in riferimento ai figli indicati nel prospetto che segue:

Nr.	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data nascita	Codice fiscale
1				
2				
3				

La sottoscritta è consapevole che i requisiti che legittimano l'accesso all'esonero sono i seguenti:

- nel periodo dal 1.01.2024 al 31.12.2026 la lavoratrice sia madre di 3 o più figli e il figlio più piccolo abbia un'età inferiore a 18 anni;
- per i periodi di paga dal 1.01.2024 al 31.12.2024, la lavoratrice sia madre di 2 figli, e il figlio più piccolo abbia un'età inferiore a 10 anni.

La sottoscritta è altresì consapevole che l'esonero cessa di avere applicazione

- alla data del 31.12.2026 o nel mese di compimento del 18° anno di età del figlio più piccolo, qualora tale evento si realizzi prima del 31.12.2026;
- alla data del 31.12.2024 o nel mese di compimento del 10° anno di età del figlio più piccolo, qualora tale evento si realizzi prima del 31.12.2024.

Data

In fede,