

**COMUNICAZIONE AI FINI DELL'APPLICAZIONE DELL'ESONERO CONTRIBUTIVO "LAVORATRICI MADRI"
(art. 1, commi da 180 a 182 L. 30.12.2023, n. 213)**

Ai fini della fruizione della misura prevista dalla legge 30 dicembre 2023, n. 213 commi 180 e 181, consistente nell'esonero del 100% della quota dei contributi previdenziali per l'invalidità, la vecchiaia e i superstiti a carico della lavoratrice madre con rapporto di lavoro dipendente a tempo indeterminato e nel rispetto delle previste istruzioni operative indicate nella circolare INPS 31.01.2024 n. 27,

la sottoscritta,

cod. fiscale, lavoratrice dipendente della **SANITASERVICE ASL BA srl**,

DICHIARA

di essere madre di (n.) figli

NOME COGNOME DEI FIGLI	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE

e CHIEDE DI POTER FRUIRE DELL'ESONERO

(selezionare una delle opzioni)

- TRE O PIÙ FIGLI** - per i periodi di paga dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2026 o fino al mese di compimento del diciottesimo anno di età del figlio più piccolo, nel limite massimo annuo di 3.000 euro riparametrato su base mensile;

- DUE FIGLI** – per i periodi di paga dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2024 o fino al mese del compimento del decimo anno di età del figlio più piccolo, nel limite massimo annuo di 3.000 euro riparametrato su base mensile.

La sottoscritta, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D. Lgs. 196/2003, come da ultimo modificato dal D. Lgs. 101/2018, dichiara di essere a conoscenza che i propri dati saranno trattati dall'azienda per assolvere agli adempimenti di obblighi legali e contrattuali.

Data _____

Firma _____