

**AUTOCERTIFICAZIONE PER LA DICHIARAZIONE SUL POSSESSO DEI REQUISITI PER LA MISURA FISCALE
PREVISTA DALL'ART 1, COMMI DA 180 A 182 LEGGE N. 213 DEL 30 DICEMBRE 2023**

Datore di lavoro

--

Lavoratore dipendente / collaboratore

IL SOTTOSCRITTO/A		
NATO/A	IL	CODICE FISCALE
RESIDENTE IN	CAP	COMUNE
STATO CIVILE		MATRICOLA

in qualità di dipendente a tempo indeterminato di questa ditta,

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445) ai sensi dell'art. 47 T.U. n. 445/2000,

VISTO CHE

E' previsto per i periodi di paga dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2026, un esonero **del 100%** 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**, fino al mese di compimento del diciottesimo anno di età del figlio più piccolo;

E INOLTRE VISTO CHE

Il medesimo esonero è riconosciuto, in via sperimentale, per i periodi di paga **dal 1° gennaio al 31 dicembre 2024, anche alle lavoratrici madri di due figli**, con rapporto di lavoro dipendente a tempo indeterminato, **fino al mese del compimento del decimo anno di età del figlio più piccolo**;

DICHIARA

Di aver diritto all'agevolazione prevista, in quanto genitore dei seguenti figli:

Cognome e Nome	Data di nascita	Codice Fiscale

Il sottoscritto, 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 al solo fine di assolvere gli adempimenti di natura obbligatoria.

Data _____

Firma _____