

# AUTODICHIARAZIONE ESONERO MADRI LAVORATRICI

(ART. 1 COMMI 180 E 181 LEGGE 30 DICEMBRE 2023, N. 213)

(restituire la presente dichiarazione debitamente sottoscritta)

La sottoscritta \_\_\_\_\_

Nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Dipendente dell'Azienda \_\_\_\_\_ Rif. interno \_\_\_\_\_

Consapevole che

La legge 30 dicembre 2023, n. 213 (di seguito, legge di Bilancio 2024), ha previsto all'articolo 1, comma 180, che: "per i periodi di paga dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2026 alle lavoratrici madri di tre o più figli con rapporto di lavoro dipendente a tempo indeterminato, ad esclusione dei rapporti di lavoro domestico, è riconosciuto un esonero del 100 per cento della quota dei contributi previdenziali per l'invalidità, la vecchiaia e i superstiti a carico del lavoratore 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".

Ai sensi del successivo comma 181, l'esonero è esteso, in via sperimentale, per i periodi di paga dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2024, anche alle lavoratrici madri di due figli, con rapporto di lavoro dipendente a tempo indeterminato, a esclusione dei rapporti di lavoro domestico, fino al mese del compimento del decimo anno di età del figlio più piccolo.

Condizione necessaria affinché il datore di lavoro applichi l'esonero, è la ricezione di un'autodichiarazione in cui la lavoratrice elenchi i codici fiscali dei figli utili a soddisfare le condizioni richieste dalla norma, oppure certifichi di aver comunicato all'INPS le medesime informazioni tramite l'apposita funzione presente sul sito istituzionale [www.INPS.it](http://www.INPS.it).

Dichiara



Di aver diritto all'esonero dal mese di \_\_\_\_\_ per la presenza dei figli indicati sotto (1)

Compilare l'elenco sottostante evidenziando i figli che si vogliono comunicare all'INPS barrando la colonna "Da dichiarare". In assenza di compilazione della colonna verranno dichiarati i tre più giovani.

Codice fiscale	Cognome Nome	Sesso	Data e luogo di nascita	Da dichiarare

(1) Da non compilare in caso di lavoratrice occupata nel settore agricolo che versa la contribuzione previdenziale per l'invalidità, la vecchiaia e i superstiti al settore della contribuzione agricola unificata.



Di aver diritto all'esonero dal mese di \_\_\_\_\_ al mese di \_\_\_\_\_, avendo comunicato all'INPS tramite il sito istituzionale le informazioni necessarie, avendo dichiarato la presenza di almeno \_\_\_\_\_ figli



Di non aver diritto all'esonero dal mese di \_\_\_\_\_

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Regolamento UE n. 2016/679)

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firma della dipendente