

**COMUNICAZIONE PER L'APPLICAZIONE DELL'ESONERO CONTRIBUTIVO
LAVORATRICI MADRI**

(Articolo 1, commi da 180 a 182, della Legge n. 213/2023)

La sottoscritta _____

Nata a _____ il _____

Codice Fiscale _____

Lavoratrice dipendente della Ditta _____

CHIEDE

l'applicazione dell'esonero del 100% della quota dei contributi previdenziali per l'invalidità, la vecchiaia e i superstiti a carico delle lavoratrici madri, nel limite massimo di 3.000 euro annui riparametrato a 250 euro mensili.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità il numero dei figli e i loro codici fiscali.

(Ai fini dell'applicazione dell'esonero indicare massimo 3 figli, comprendendo il Codice Fiscale del figlio più piccolo).

Nr	Cognome e Nome	Data nascita	Codice Fiscale
1			
2			
3			

La sottoscritta è consapevole che i requisiti per l'accesso all'esonero sono i seguenti.

- Rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
- Per il periodo dal 01/01/2024 al 31/12/2026 la lavoratrice sia madre di 3 figli o più figli, di cui il figlio più piccolo abbia un'età inferiore a 18 anni.
L'esonero cesserà il 31/12/2026 o nel mese di compimento dei 18 anni del figlio più piccolo.
- In via sperimentale per il solo periodo dal 01/01/2024 al 31/12/2024 la lavoratrice sia madre di 2 figli, di cui il figlio più piccolo abbia un'età inferiore a 10 anni.
L'esonero cesserà il 31/12/2024 o nel mese di compimento dei 10 anni del figlio più piccolo.
- Il suddetto esonero è alternativo all'esonero sulla quota di contributi previdenziali per l'invalidità, la vecchiaia e i superstiti a carico del lavoratore previsto dall'articolo 1, comma 15, Legge n. 213/2023 (esonero con percentuale 7% o 6%).

Data _____

Firma _____