

Oggetto: Esonero dal versamento dei contributi previdenziali a carico delle lavoratrici madri. Art. 1, commi 180 e 181 Legge n. 213 del 30.12.2023.

La Sottoscritta (Cognome) _____ (Nome) _____

C.F. _____ Cittadinanza _____

Nata a _____ il _____

Residente in _____ Via/Piazza _____ n. _____

dipendente dell'ASP Palermo, Matr. _____ Profilo professionale _____

In servizio presso _____

Indirizzo E-Mail/Pec _____

al fine di avvalersi dell'esonero dal versamento dei contributi previdenziali a carico delle lavoratrici madri, a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 75 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii. sulla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e consapevole delle sanzioni penali previste dal successivo art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.,

DICHIARA

- di essere dipendente dell'ASP Palermo con rapporto di lavoro a tempo indeterminato;
- di essere madre di n. _____ figli come di seguito specificato :

N.	Generalità		Data e Luogo di Nascita	Codice Fiscale
1	<u>Nome:</u>	<u>Cognome:</u>	<u>Data:</u> <u>Luogo:</u>	
2	<u>Nome:</u>	<u>Cognome:</u>	<u>Data:</u> <u>Luogo:</u>	
3	<u>Nome:</u>	<u>Cognome:</u>	<u>Data:</u> <u>Luogo:</u>	

N.	Generalità		Data e Luogo di Nascita	Codice Fiscale
4	<u>Nome:</u>	<u>Cognome:</u>	<u>Data:</u> <u>Luogo:</u>	
5	<u>Nome:</u>	<u>Cognome:</u>	<u>Data:</u> <u>Luogo:</u>	

Si allega copia fotostatica di documento di identità personale in corso di validità.

Luogo e Data _____

(Firma per esteso)

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 sulla protezione dei dati (GDPR), la sottoscritta dichiara di autorizzare l'ASP Palermo al trattamento dei dati personali per gli adempimenti relativi al procedimento per il quale vengono richiesti e per le finalità strettamente connesse.

Luogo e Data _____

(Firma per esteso)
