Al Dirigente Scolastico

 Istituto Statale d’Istruzione Superiore

 “E. MAJORANA – O. FASCITELLI”

ISERNIA

*isis01200r@istruzione.it*

**che inoltra**

Al Ministero dell’Economia e delle Finanze

Ragioneria Territoriale dello Stato

86170 ISERNIA

rts-is.rgs@pec.mef.gov.it

***Oggetto: Richiesta esonero contributivo.***

La sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in servizio a tempo indeterminato come dipendente, in regime di full-time/part-time presso Istituto Statale di Istruzione Superiore “MAJORANA-FASCITELLI” di Isernia, a seguito della *Circolare INPS n. 27 del 31/01/2024,* dove si esplicano le indicazioni operative per *l’esonero dal versamento dei contributi previdenziali a carico delle lavoratrici madri di tre o più figli,*

***oppure,***

*l’esonero dal versamento dei contributi previdenziali a carico delle lavoratrici madri di due figli, fino al compimento del decimo anno di età del figlio più piccolo,*

CHIEDE

al proprio datore di lavoro, l’esonero contributivo di cui all’articolo 1, comma 180, della legge di Bilancio 2024, nello specifico, per i periodi di paga dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2026, che trova applicazione, per le lavoratrici madri di tre o più figli, sino al compimento del diciottesimo anno di età del figlio più piccolo.

**Oppure,**

al proprio datore di lavoro, l’esonero contributivo di cui all’articolo 1, comma 181, della legge di Bilancio 2024, nel periodo ricompreso dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2024, in quanto madre di due figli, di cui il più piccolo ha un’età inferiore a 10 anni.

A tal fine COMUNICA

i dati anagrafici dei figli minori:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *n.* | *Cognome e Nome* | *Luogo di nascita* | *Data di nascita* | *C.F.* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Si chiede pertanto di applicare il beneficio, come da indicazioni operative della Circolare INPS n. 27, ai relativi ai commi *8. 9. 10.*

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DELLA RICHIEDENTE**

La sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

consapevole delle sanzioni previste per coloro che rendono attestazioni false,

DICHIARA

che le notizie indicate nella richiesta sono complete e veritiere.

Si impegna a segnalare le variazioni della situazione dichiarata entro 30 giorni.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

N.B.: Le istanze e le dichiarazioni devono essere sottoscritte in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate o inviate unitamente a copia del documento di riconoscimento.