



AUTODICHIARAZIONE

AI FINI DEL RICONOSCIMENTO DELL'ESONERO TOTALE DI CUI
ALL'ART. I, COMMI DA 180 A 181, LEGGE 213/2023

La sottoscritta _____ nata a _____
il _____ residente in _____ Via _____
CF _____ **dipendente a tempo indeterminato** della ASL Roma 5, in relazione
alle disposizioni contenute nell'articolo I, commi da 180 a 182 della Legge 30/12/2023, n.213, consapevole delle
sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti uso di atti falsi, (artt. 45, 46 e.76 D.P.R.
445/28.12.2000)

DICHIARA

La volontà di avvalersi dell'esonero dal versamento dei contributi previdenziali a proprio carico ai sensi dell'art.
I, commi da 180 a 182 della Legge n. 213 del 30 dicembre 2023 e di essere genitore/responsabile di:

| N FIGLIO | CODICE FISCALE | COGNOME | NOME | DATA DI NASCITA |
|----------|----------------|---------|------|-----------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

In presenza di più di tre figli è sufficiente indicare tre codici fiscali, comprendendo il codice fiscale del figlio più piccolo

*** Allegare fotocopia del documento di identità del dichiarante e fotocopia dei codici fiscali dei figli**

Luogo _____

Data _____