

Al Direttore della U.O.C. Risorse Umane  
dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti  
Villa Sofia Cervello – Palermo

**trattamentoeconomico@ospedaliriunitipalermo.it**

**Oggetto: Istanza dipendente** \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE PER ESONERO CONTRIBUTI A CARICO DELLA LAVORATRICE  
MADRE**

(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (ART.47 DPR 445/2000))

La sottoscritta \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, cittadinanza  
\_\_\_\_\_, nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente in  
\_\_\_\_\_, all'indirizzo \_\_\_\_\_, dipendente a  
tempo indeterminato della A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello di Palermo con matricola \_\_\_\_\_, in  
servizio presso \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_,  
email \_\_\_\_\_, pec \_\_\_\_\_

ai fini della fruizione della misura prevista dalla legge 30 dicembre 2023, n. 213 commi 180 e 181, a conoscenza di quanto previsto dall'art. 75 del D.P.R. n. 445 del 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 ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 2000

**DICHIARA**

- Di essere dipendente a tempo indeterminato dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello di Palermo;
- di essere la madre di (n.) .... figli di seguito indicati

N.	Nome	Cognome	Data di nascita	Luogo di nascita	Codice fiscale

**e CHIEDE DI POTER FRUIRE DELL'ESONERO**

*(selezionare una delle opzioni)*

- ☐ **TRE O PIÙ FIGLI** - per i periodi di paga dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2026 o 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;
- ☐ **DUE FIGLI** – per i periodi di paga dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2024 o fino al mese del compimento del decimo anno di età del figlio più piccolo, nel limite massimo annuo di 3.000 euro riparametrato su base mensile.

Nel caso di nascita di nuovi figli o del venir meno dei presupposti per il riconoscimento del beneficio la lavoratrice è tenuta a informare il datore di lavoro.

Allego copia fotostatica di documento di identità in corso di validità

Luogo e data

Firma per esteso

---

---

La sottoscritta, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D. Lgs. 196/2003, come da ultimo modificato dal D. Lgs. 101/2018, dichiara di essere a conoscenza che i propri dati saranno trattati dall'azienda per assolvere agli adempimenti di obblighi legali e contrattuali e secondo i principi di correttezza, pertinenza e non eccedenza.

Luogo e data

Firma per esteso

---

---