WILA
WELFARE INTEGRATIVO
LOMBARDO ARTIGIANATO

MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE
VERSAMENTO E.A.R. AI DIPENDENTI

Il sottoscritto _____CF_____

nato a_____il_____

nella qualità di Titolare /Legale Rappresentante

dell'azienda_____

matricola INPS_____CF/P.IVA_____

con sede in provincia di_____Via_____

PEC_____

E-mail_____Tel._____

DICHIARA

1) che dal mese _____dell'anno_____ **versa ai propri dipendenti l'EAR - Elemento Aggiuntivo della Retribuzione***

2) che dal mese_____dell'anno_____ ha sospeso il versamento della contribuzione al Fondo in quanto **versa ai propri dipendenti l'EAR - Elemento Aggiuntivo della Retribuzione***

3) che dal mese_____dell'anno_____ al mese_____dell'anno_____ **ha versato ai propri dipendenti l'EAR - Elemento Aggiuntivo della Retribuzione***

**L'importo è pari a € 12,00 lordi mensili fino al 30 giugno 2025 ed € 20,00 dal 1° luglio 2025*

Allegati:

1. copia documento di identità;

Firma
(per esteso e leggibile)

_____