

Allegato 1

DOMANDA DI ASSEGNO DI CURA ex D.M. MUR n. 1604 del 27.09.2024 Misure per il sostegno degli studenti universitari in condizione di disabilità gravissima A.A. 2024/2025

Il sottoscritto _____ nato
a _____ il _____ C.F. _____ residente
a _____ Mail _____
Telefono: _____

consapevole, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, delle responsabilità e sanzioni, previste dal Codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, ed assumendone piena responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

1. di essere regolarmente iscritto per l'a.a. 2024/2025 al corso di laurea _____ presso l'Università _____
2. di non avere posizioni amministrative non regolarizzate e/o debitorie nei confronti di ARDIS
3. di non fruire di altri benefici/providenze incompatibili con l'assegno di cura richiesto come da previsione di cui all'Art. 4 del Bando

CHIEDE

l'erogazione dell'assegno di cura ex D.M. MUR n. 1604 del 27.09.2024 e, a tal fine, allega:

- a) Attestazione, rilasciata dal soggetto competente ai sensi della normativa regionale vigente, di sussistenza di disabilità gravissima come indicato all'art. 3 del Bando.
- b) Attestazione dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18 o comunque di non autosufficienza ai sensi dell'Allegato n.3 DPCM n.159/2013 rilasciata dal soggetto competente ai sensi della normativa regionale vigente.
- c) Copia del contratto relativo all'obbligo di retribuzione del servizio di assistenza personale qualificata per la durata di almeno 10 mesi nel periodo intercorrente tra settembre 2024 e luglio 2025.
- d) Copia documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità.

Luogo e data

firma
