

## Allegato 1

# DOMANDA DI ASSEGNO DI CURA Misure per il sostegno degli studenti universitari in condizione di disabilità gravissima a.a. 2025/2026

D.M. MUR n. 455 del 17.07.2025

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
via/p.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ 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

- di essere regolarmente iscritto per l'a.a. 2025/2026 con matricola n. \_\_\_\_\_ presso:
  - Università degli studi di Trieste
  - Conservatorio G. Tartini
  - Università degli studi di Udine
  - Conservatorio J. Tomadini
  - Accademia di Belle Arti di Udine
- di non avere posizioni amministrative non regolarizzate e/o debitorie nei confronti di ARDiS
- 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 - D.M. MUR n. 455 del 17.07.2025 e, a tal fine, allega:

- Attestazione, rilasciata dal soggetto competente ai sensi della normativa regionale vigente, di sussistenza di disabilità gravissima come indicato all'art. 3 del Bando.
- 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.
- 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 2025 e luglio 2026 e contestuale attestazione rilasciata dall'INPS sulla regolare registrazione.
- Copia documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità.



agenzia regionale  
per il diritto allo studio  
**Friuli Venezia Giulia**

**Luogo e data**

---

**firma**

---