

MODULO Allegato 1

DOMANDA DI ASSEGNO DI CURA ex D.M. MUR n. 455 del 17.07.2025 Misure per il sostegno degli studenti universitari in condizione di disabilità gravissima A.A. 2025/2026

Il sottoscritto _____
nato a _____
il _____
C.F. _____
residente a _____
Mail _____
PEC _____
Telefono: _____
Codice IBAN per l'accredito _____

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. 2025/2026 con matricola n. _____ al corso di laurea _____ presso _____ con sede a Sassari;
2. di non avere posizioni amministrative non regolarizzate e/o debitorie nei confronti dell'ERSU di Sassari;
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. 455 del 17.07.2025 e, a tal fine, allega:

- a) 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 da _____ (Soggetto competente ai sensi della normativa regionale vigente);
- b) attestazione, rilasciata da _____ (Soggetto competente ai sensi della normativa regionale vigente), di sussistenza di disabilità gravissima;
- c) il documento (Es: contratto di lavoro) 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.

Luogo e data

firma