Ente Regionale pro su Deretu a s'Istùdiu Universitàriu de Tàtari
Ente Regionale per il diritto allo Studio Universitario

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Modulo 2

MODULO DICHIARAZIONE MALATTIA

_l_ sottoscritto _____nato a _____ il __/__/__C.F. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ avvalendomi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 consapevole delle sanzioni previste degli artt. 75 e 76 in caso di dichiarazioni false e mendaci, sotto la mia personale responsabilità

DICHIARO

di aver avuto difficoltà nel regolare svolgimento degli studi nell'anno 2024 a causa di:

☐ Malattia propria (minimo 30 giorni consecutivi)

☐ Malattia di un genitore (minimo 60 giorni consecutivi)

☐ Malattia di un componente del nucleo familiare percettore di reddito (minimo 60 giorni consecutivi)

ALLEGO A TAL FINE

☐ Certificato di una struttura ospedaliera attestante la malattia per il periodo previsto nel bando.

☐ Certificato di un medico specialista attestante la malattia per il periodo previsto nel bando.

Data ___/___/___

Firma

_____

N.B: Allegare fotocopia di un documento di identità (fronte/retro) in corso di validità del sottoscrittore