

MODULO DICHIARAZIONE MALATTIA

__/__/__ 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 dagli 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 2025 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)

ALLEGRO 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