

MODULO 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/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ / _____ / _____ C.F. _____ residente a _____

Mail _____ PEC _____

Telefono: _____ Codice IBAN per l'accredito _____

Codice studente (indicato nell'area riservata del Portale dello studente ERSU) _____

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/a per l'A.A. 2024/2025 con matricola n. _____
al corso di laurea _____ presso
 l'Università degli Studi di Cagliari;
 l'Istituto _____ con sede a Cagliari
- di non avere posizioni amministrative non regolarizzate e/o debitorie nei confronti dell'ERSU di Cagliari;
- 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:

- 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 _____*;
- attestazione, rilasciata da _____*;
- 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 2024 e luglio 2025.

* la documentazione dovrà essere rilasciata dal soggetto competente ai sensi della normativa regionale vigente

Luogo e data _____

firma
