

MODULO Allegato 1

Bando di concorso per l'assegnazione di contributi economici in favore di studentesse e studenti madri e padri

Anno Accademico 2025/2026

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il ___/___/_____
C.F. _____ residente a _____, e-mail _____
PEC _____ Telefono _____, Codice IBAN per l'accredito
_____ Codice studente (indicato nell'area riservata del Portale dello
studente ERSU) _____

CHIEDE

di essere ammesso al concorso in oggetto e a tal fine, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di rilascio delle dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, 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. 2025/2026 con matricola n. _____ al corso di _____ presso:
- l'Università degli Studi di Cagliari;
 - l'Istituto _____ con sede a Cagliari;
- di essere iscritto/a al ___ anno di carriera,
- in corso
 - fuori corso non oltre il terzo anno;
- di non aver superato i 35 anni di età;
- di avere un Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) non superiore a 35.000,00 euro;
- di essere in possesso dell'attestazione ISEE in corso di validità (ISEE 2026) che si applica alle prestazioni per il diritto allo studio universitario, avente protocollo INPS n. _____
- (in alternativa)**
- di aver sottoscritto in data ___/___/_____ la Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) per il rilascio dell'attestazione ISEE, completa del quadro relativo alle prestazioni per il diritto allo studio universitario;

di essere genitore (naturale o adottivo) di n. ____ figli di età non superiore a 3 anni, come di seguito indicati:

- Nome e cognome: _____
Codice fiscale: _____
Data di nascita: _____
Condizione di disabilità: Sì No

- Nome e cognome: _____
Codice fiscale: _____
Data di nascita: _____
Condizione di disabilità: Sì No

- Nome e cognome: _____
Codice fiscale: _____
Data di nascita: _____
Condizione di disabilità: Sì No

(In caso di risposta affermativa alla voce "Condizione di disabilità", allegare idonea certificazione);

DICHIARA INOLTRE

con riferimento al minore/ai minori per i quali si presenta la domanda:

- di sostenere una spesa documentata per la frequenza dell'asilo nido pubblico o privato, oppure per la remunerazione della baby-sitter assunta con regolare contratto (o altre eventuali tipologie di spesa documentata, sostenuta per tale finalità: es. Baby parking);

- di non fruire, nell'anno accademico 2025/2026, di altri contributi o benefici economici, erogati per la medesima finalità da soggetti pubblici o privati,

(in alternativa)

- di fruire, nell'anno accademico 2025/2026, di altri contributi o benefici economici, erogati per la medesima finalità da (Ente erogatore) _____, a titolo di *(indicare la denominazione della misura di sostegno)* _____, per il periodo dal _____ al _____, pari a euro _____;

- che l'altro genitore _____, C.F. _____, nell'anno accademico 2025/2026,

- non fruisce di altri contributi o benefici economici, erogati per la medesima finalità da soggetti pubblici o privati

(in alternativa)

- fruisce, nell'anno accademico 2025/2026, di altri contributi o benefici economici, erogati per la medesima finalità da (Ente erogatore) _____, a titolo di *(indicare la denominazione della misura di sostegno)* _____, per il periodo dal _____ al _____, pari a euro _____;

al fine della valutazione della candidatura e a comprova dei requisiti

ALLEGA

la seguente documentazione (**barrare solo le voci pertinenti**):

- dichiarazione di ammissione all'asilo nido rilasciata dalla struttura, con indicazione dell'importo della retta mensile e delle modalità di pagamento;
- dichiarazione di iscrizione al Baby Parking, con indicazione dell'importo della retta mensile o dell'importo orario e del numero di giornate di affidamento;
- copia del regolare contratto sottoscritto con la Baby-Sitter, con indicazione del compenso e di eventuali oneri contributivi a carico del datore di lavoro;
- certificazione rilasciata dalla Commissione medica della Azienda Sanitaria Locale di appartenenza, attestante la condizione di disabilità del minore/dei minori;
- copia del documento di identità, salvo il caso di sottoscrizione mediante firma digitale;
- altro (specificare):

Luogo e data _____

Firma
