

Ufficio DSU

ALLEGATO 1

## MODULO DI DOMANDA PER L'ASSEGNO DI CURA A.A. 2025/2026

di cui al Bando di Concorso pubblicato il 01/09/2025

Il sottoscritto/a Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_

C.F.: \_\_\_\_\_ Matricola: \_\_\_\_\_ Nazionalità: \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_

Domicilio (solo se diverso da residenza): \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

consapevole, ai sensi degli artt. 71, 75, 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 aver preso visione del Bando per Misure di sostegno agli studenti universitari con disabilità gravissima pubblicato sul sito dell'Accademia LABA;
2. di essere regolarmente iscritto/a all'a.a. 2025/2026 al corso:  
triennale di \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_  
biennale di \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_
3. di non fruire di altri benefici/providenze incompatibili con l'assegno di cura richiesto come da previsione di cui all'art. 3 del Bando.
4. che il documento 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 è stato sottoscritto:



- dal richiedente
- dal Sig/Sig.ra \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_ del richiedente

(specificare il legame di parentela con il richiedente nel solo caso in cui il documento sia stato sottoscritto da persona diversa dal richiedente l'assegno di cura)

### CHIEDE

l'erogazione dell'assegno di cura di sostegno agli studenti universitari con disabilità gravissima di cui al D.M. MUR n. 455 del 17.7.2025 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 parte del soggetto competente ai sensi della normativa regionale vigente;
- b) attestazione, rilasciata dal soggetto competente ai sensi della normativa regionale vigente, di sussistenza di disabilità gravissima dello studente richiedente il contributo;
- c) documento fiscalmente e legalmente valido (es. contratto di lavoro) che comprova l'obbligo giuridico che il sottoscritto o un suo familiare ha assunto per la retribuzione del servizio di assistenza personale qualificata a beneficio dello stesso per la durata di almeno 10 mesi nel periodo intercorrente tra settembre 2025 e luglio 2026
- d) copia fronte/retro di un documento d'identità.

---

DATA E LUOGO

---

FIRMA DEL DICHIARANTE PER ESTESO

