**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_in via

Matricola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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**

* + 1. di essere regolarmente iscritto per l’a.a. 2024/2025 al corso di laurea

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Triennale |  | Magistrale |  | Magistrale a ciclo unico |

In \_ . presso l’Università degli studi di Bergamo

* + 1. di non avere posizioni amministrative non regolarizzate e/o debitorie nei confronti dell’Università degli studi di Bergamo
    2. di non fruire di altri benefici/provvidenze 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:

1. 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 \_ ( soggetto competente ai sensi della normativa regionale vigente);
2. attestazione, rilasciata da \_(l soggetto competente ai sensi della normativa regionale vigente), di sussistenza di disabilità gravissima;
3. il 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.

**Luogo e data firma**

----------------------------------- ------------------------------