



Allegato 1

DOMANDA DI ASSEGNO DI CURA ex D.M. MUR n. 455 del 17.07.2025 Misure per il sostegno degli studenti universitari in condizione di disabilità gravissima A.A. 2025/2026

Il sottoscritto _____
nato a _____
il _____
C.F. _____
residente a _____
PEC _____ Mail _____
Telefono: _____

CHIEDE

l'erogazione dell'assegno di cura ex D.M. MUR n. 455 del 17.07.2025 e, a tal fine, **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. 2025/2026 al corso di laurea _____ presso l'Università' _____
2. di non avere posizioni amministrative non regolarizzate e/o debitorie nei confronti dell'Azienda DSU Toscana
3. di non fruire di altri benefici/provvиденze incompatibili con l'assegno di cura richiesto come da previsione di cui all'art. 4 del Bando
4. di essere titolare 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) _____;
5. di essere affetto da disabilità gravissima in base a quanto attestato da (soggetto competente ai sensi della normativa regionale vigente) _____;

Luogo e data

firma