

**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 sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
Mail \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_

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 .....  
presso l'Università degli Studi dell'Insubria;
2. di non avere posizioni amministrative non regolarizzate e/o debitorie nei confronti dell'Università degli Studi dell'Insubria;
3. 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:

- 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 .....  
(soggetto competente ai sensi della normativa regionale vigente);
- b) attestazione, rilasciata da .....  
(l soggetto competente ai sensi della normativa regionale vigente), di sussistenza di disabilità gravissima;
- c) 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**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_