



Università
di Brescia



Regione
Lombardia

Università degli Studi di Brescia MODULO Allegato 1

DOMANDA DI ASSEGNO DI CURA ex D.M. MUR n. 930 del 03.07.2026

Misure per il sostegno degli studenti universitari in condizione di disabilità gravissima A.A. 2026/2027

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;

visto il bando dell'Università degli Studi di Brescia per l'assegnazione dell'assegno di cura forfettario come contributo alle spese sostenute per la remunerazione di personale qualificato che assista lo studente durante le lezioni relative al proprio corso di studi, ai sensi del D.M. MUR n. 930 del 03.07.2026 - Anno Accademico 2026-2027;

DICHIARA

1. di essere regolarmente iscritto per l'a.a. 2026/2027 al corso di laurea _____ dell'Università degli Studi di Brescia;
2. di non avere posizioni amministrative non regolarizzate e/o debitorie nei confronti dell'Università degli Studi di Brescia;
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;

CHIEDE

l'erogazione dell'assegno di cura ex D.M. MUR n. 930 del 03.07.2026 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 di sussistenza di disabilità gravissima di cui l'articolo 3, comma 2, lettere b), d) e) e f) del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 26 settembre 2016, rilasciata da _____ (soggetto competente ai sensi della normativa regionale vigente);
- 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 2026 e luglio 2027.

Luogo e data _____

Firma

Da inviare a ammcentr@cert.unibs.it, tramite il proprio indirizzo e-mail istituzionale, entro le ore 12.00 del 14/09/26, indicando nell'oggetto: "Domanda per assegno di cura ai sensi del D.M. MUR n. 930/2026", unitamente ad un proprio **DOCUMENTO DI IDENTITA'** e ai documenti sopra richiesti.