



MODULO ALLEGATO 1

DOMANDA DI ASSEGNO DI CURA ex D.M. MUR n. 930 DEL 3 LUGLIO 2026 Misure per il sostegno degli studenti universitari in condizione di disabilità gravissima a.a. 2026/2027

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____

il _____

C.F. _____

Residente a _____ Prov. _____

In Via _____ N. _____

Indirizzo PEC: _____

Indirizzo e-mail _____

Telefono di rete fissa: _____ Telefono mobile: _____

CHIEDE

di concorrere all'erogazione dell'assegno di cura ex D.M. MUR n. 930 del 3 luglio 2026, come da Avviso pubblico indetto dall'Azienda per il Diritto allo Studio della Regione Campania per l'a.a. 2026/2027.

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. 2026/2027 al corso di laurea

presso l'Ateneo/Istituto AFAM _____



2. di essere beneficiario dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque certificate non autosufficiente ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013;
3. di rientrare in una delle condizioni di cui l'articolo 3, comma 2, lettere b), d), e) ed f) del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 26 settembre 2016, certificata dal soggetto competente ai sensi della normativa regionale;
4. di non avere posizioni amministrative non regolarizzate e/o debitorie nei confronti di nome Organismo DSU;
5. di non fruire di altro beneficio erogato da altro Organismo per il Diritto allo Studio per l'a.a. 2026/2027, espressamente riferito all'assistenza personale qualificata funzionale alla frequenza della didattica universitaria;
6. di non essere percettore di Assegno di cura da parte del Comune o dell'Ambito sociale territoriale di competenza, a valere sul Fondo Nazionale per le Non autosufficienze;
7. di non fruire di altro analogo beneficio concesso da altre Amministrazioni.

ALLEGA

- a. Documento di identità in corso di validità;
- b. 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;
- c. Piano Assistenziale Individuale (PAI) o Progetto personalizzato, redatto in Unità di Valutazione Integrata, a seguito di valutazione multidimensionale, conformemente alla Delibera di Giunta regionale della Campania n. 70 del 22/02/2024, attestante la sussistenza di disabilità gravissima dello studente richiedente il contributo di cui al presente avviso, come indicato all'articolo 1;
- d. eventuale documentazione attestante l'obbligo giuridico che lo studente richiedente o suo familiare ha assunto per la retribuzione del servizio di assistenza personale qualificata, per la durata di almeno 10 mesi nel periodo intercorrente tra settembre 2026 e luglio 2027

SI IMPEGNA

nel caso in cui la documentazione di cui alla lettera d) non sia ancora nella propria disponibilità, a



procedere alla sua trasmissione entro 15 giorni dalla eventuale comunicazione di assegnazione del contributo, pena la sospensione della sua erogazione.

Luogo e data:

Firma autografa o digitale