Allegato A – Modello di domanda per il riconoscimento dello status di Studente Caregiver

Al Direttore del Dipartimento di Farmacia

Via Bonanno Pisano, 6 – 56126 Pisa

__L__ sottoscritt___ (cognome) _____

(nome) _____ matricola _____

nat__ a _____ (prov.) _____ il _____/_____/_____

C.F.:_____ iscritt ___

per l'a.a. _____ / _____

al Corso di □ Laurea □ Laurea Magistrale a Ciclo Unico □ Laurea Magistrale in:

_____

e-mail _____ n. tel./ cell. _____

al fine di poter beneficiare delle agevolazioni previste dalla condizione di "Studente Caregiver" previste dal Regolamento didattico di Ateneo, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 28/12/2000,

CHIEDE

Il riconoscimento dello status di "Studente Caregiver",

DICHIARA

Di prestare cure e assistenza ad almeno un familiare non autosufficiente e/o con disabilità grave riconosciuta (Legge 104/92) con impegno non occasionale, e

ALLEGA

Fotocopia di un documento di identità valido e Copia della certificazione della disabilità grave del familiare rilasciata dalla Commissione Medica L.104, art. 3 comma 3.

Luogo e data _____ Firma _____

I dati dichiarati saranno trattati ed utilizzati nel rispetto del D. Lgs. N. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali"