

DOMANDA DI ASSEGNO DI CURA ex D.M. MUR n. 390 del 03.07.2026
Misure per il sostegno degli studenti universitari in condizione di disabilità gravissima
A.A. 2026/2027

Il sottoscritto _____ matricola _____
nato a _____
il _____ residente a _____

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

- di essere regolarmente iscritto per l'a.a. 2026-2027 ad un corso di laurea triennale oppure magistrale oppure magistrale in Giurisprudenza;
- di essere affetto da disabilità gravissima per la quale si è verificata almeno una delle seguenti condizioni di cui all'articolo 3, comma 2 del decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali del 26 settembre 2016 (*selezionare la condizione personale*):
 - ☐ lett. b): studenti dipendenti da ventilazione meccanica assistita o con invasiva continuativa (24/7);
 - ☐ lett. c): Studenti con lesioni spinali fra CO/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
 - ☐ lett. e): Studenti con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;
 - ☐ lett. f): Studenti con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore.

- di non fruire di altri benefici/provvиденze incompatibili con l'assegno di cura;
- di non avere posizioni amministrative non regolarizzate e/o debitorie nei confronti dell'Università Bocconi.

CHIEDE

l'attribuzione dell'assegno di cura ai sensi del D.M. MUR n. 390 del 03.07.2026 e, a tal fine, allega:

- a) certificazione rilasciata dalla competente Commissione medica attestante l'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18 o comunque lo stato di non autosufficienza ai sensi dell'Allegato n.3 DPCM n.159/2013;
- b) attestazione di sussistenza di disabilità gravissima rilasciata dalla competente struttura pubblica o privata accreditata con la ATS competente ai sensi della DGR Lombardia 2033/2004;
- c) il documento (es. contratto di lavoro) che comprova l'obbligo giuridico che lo studente richiedente o suo familiare ha assunto per la retribuzione del servizio di assistenza personale qualificata a beneficio dello studente stesso richiedente il contributo per la durata di almeno 10 mesi nel periodo intercorrente tra settembre 2026 e luglio 2027;
- d) valido documento di riconoscimento (fronte-retro).

Luogo e data_____

Firma dello studente_____

(Autografa e non digitale, per esteso e leggibile)

Il sottoscritto dichiara di aver letto l'informativa privacy di cui all'articolo 8 del Bando "Misure per il sostegno degli studenti universitari con disabilità gravissima a.a. 2026-2027" e di prestare il consenso al trattamento dei dati personali come indicato nell'informativa.

Luogo e data_____

Firma dello studente_____

(Autografa e non digitale, per esteso e leggibile)