





# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA

Allegato 1

✓ **Tipologia di sussidio richiesto:**

*(barrare le caselle che interessano)*

- 1 - Gravi situazioni di disagio socio-economico**
- 1 a)** Decesso del coniuge
  - 1 b)** Decesso del dipendente
  - 1 c)** Perdita di lavoro del coniuge
  - 1 d)** Dipendente senza stipendio
- 2 - Prestazioni medico-assistenziali riferite al nucleo familiare**
- 2 a)** Malattie di particolare gravità
  - 2 b)** Protesi, cure dentarie, terapie fisioterapiche e/o riabilitative
  - 2 c)** Mezzi, supporti e spese per l'autosufficienza
  - 2 d)** Spese mediche per bambini di età inferiore ai 10 anni
- 3 - Spese per asili nido e per l'istruzione scolastica/universitaria dei figli**
- 3 a)** Spese per asili nido
  - 3 b)** Spese scolastiche
  - 3 c)** Spese universitarie
  - 3 d)** Spese per attività sportive
  - 3 e)** Spese per trasporto scolastico
- 4 - Spese di supporto all'attività lavorativa del dipendente**
- 4 a)** Spese per abbonamenti mezzi di trasporto

✓ **Dichiara altresì, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.:**

- Che il proprio stato civile (ai sensi della legge 76/2016) risulta essere:  
*(barrare la casella che interessa)*

libero     coniugato/convivente come da certificazione anagrafica

altro \_\_\_\_\_



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA

## Allegato 1

- Che il proprio nucleo familiare risulta essere così composto\*:

Nome e Cognome	Data di nascita	Luogo di nascita	Codice fiscale	Tipologia di parentela	% a carico del richiedente

\*I dati sopra riportati devono essere congruenti con quelli posti alla base dell'attestazione ISEE allegata.

- che il coniuge è dipendente presso l'Università degli Studi dell'Aquila.
- che il/la sottoscritto/a o altro appartenente al nucleo familiare** non usufruisce di altri sussidi per la stessa motivazione e che non ne ha già inoltrato o inoltrerà istanza.
- che il/la sottoscritto/a o altro appartenente al nucleo familiare** ha richiesto altri sussidi/contributi/rimborsi per la/le seguente/i tipologia/e:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- che il/la sottoscritto/a o altro appartenente al nucleo familiare** ha usufruito di altri sussidi/contributi/rimborsi per la/le seguente/i tipologia/e e di aver ricevuto la somma di:  
€ \_\_\_\_\_

**Per consentire all'Amministrazione di effettuare le necessarie verifiche, qualora il dipendente o altro appartenente al nucleo familiare, per lo stesso evento, stia per inoltrare o avesse già inoltrato istanza di contributo presso altro ente o istanza di rimborso dal Servizio Sanitario Nazionale o, ulteriormente, avesse già ottenuto, per lo stesso evento, un contributo o il rimborso specificare:**

**Beneficiario:** \_\_\_\_\_

**Tipologia/e:** \_\_\_\_\_

**Ente:** \_\_\_\_\_ **PEC:** \_\_\_\_\_

**Importo richiesto/ottenuto:** \_\_\_\_\_

**Beneficiario:** \_\_\_\_\_

**Tipologia/e:** \_\_\_\_\_

**Ente:** \_\_\_\_\_ **PEC:** \_\_\_\_\_

**Importo richiesto/ottenuto:** \_\_\_\_\_

