

 <p>UniSR Università Vita-Salute San Raffaele</p>	<p>RICHIESTA ESONERO TASSE E CONTRIBUTI ACCADEMICI</p>	<p>MO 46-2 rev. 02 del 17/04/2023 PO 46 Pag. 1 di 2</p>
---	---	--

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/00)

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Prov. _____ Data di nascita ____ / ____ / ____

Codice fiscale _____

A.A. ____ Corso di studi _____ Anno di corso ____ Matricola (se assegnata) _____

Indirizzo e-mail _____ Cellulare _____

DICHIARA

di trovarsi in una delle seguenti condizioni (barrare la casella relativa alla propria situazione):

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 68 del 29 marzo 2012, articolo 9 comma 2 e della Legge n. 104 del 104/1992, articolo 3 comma 1 o 3:

- A. invalidità riconosciuta pari o superiore al 66%;
- B. handicap riconosciuto ai sensi dell'articolo 3 della Legge n. 104 del 5 febbraio 1992;

Ai sensi della Legge 118 del 30 marzo 1971, articolo 30:

- C. mutilato ed invalido civile che abbia subito una diminuzione superiore ai due terzi della capacità lavorativa e appartenente ad una famiglia di disagiata condizione economica;
- D. figlio di beneficiario della pensione di inabilità;
- E. orfano di guerra, cieco civile, mutilato ed invalido di guerra, di lavoro, di servizio o loro figlio.

ALLEGA

- copia del verbale definitivo di riconoscimento dell' handicap o dell'invalidità rilasciato dall'INPS con indicazione della relativa percentuale di invalidità;
- per la categoria di cui alla lettera C, copia del verbale definitivo di riconoscimento dell'invalidità rilasciato dall'INPS e copia dell' attestazione ISEE per prestazioni agevolate per il diritto allo studio universitario non superiore a € 13.000 rilasciata in data successiva al 1° gennaio 2022;



UniSR

Università Vita-Salute
San Raffaele

**RICHIESTA ESONERO TASSE E CONTRIBUTI
ACCADEMICI**

MO 46-2

rev. 02 del 17/04/2023

PO 46

Pag. 2 di 2

- [] per la categoria di cui alla lettera D, un'autocertificazione del proprio stato di famiglia, una copia del verbale rilasciato dalla commissione medica dell'ATS che certifica l'invalidità del genitore e la documentazione ufficiale rilasciata dall'ente pensionistico;
- [] per la categoria di cui alla lettera E, copia della documentazione che attesti la condizione indicata;
- [] copia fronte/retro del documento d'identità in corso di validità.

OPPURE

- [] nei soli casi previsti alle lettere A - B dichiara di aver già consegnato in precedenza il verbale definitivo di riconoscimento dell' handicap o dell'invalidità non soggetto a revisione.

Data _____

Firma _____