



Università
Ca' Foscari
Venezia

RICHIESTA ESONERO TOTALE O RIDUZIONE TASSE E CONTRIBUTI UNIVERSITARI - A.A. 2017/2018 STUDENTI CON DISABILITA'

DA PRESENTARE AL SERVIZIO DISABILITA' PRESSO L'UFFICIO ORIENTAMENTO, STAGE E PLACEMENT
CA' FOSCARI, 1° PIANO, DORSODURO 3246 – 30123 VENEZIA
TEL. 041/2347961 – FAX 041/2348210 – E-MAIL disabilita@unive.it

Il/la sottoscritto/a (cognome, nome) _____

matricola codice fiscale

nato/a a (comune, prov.) _____ il _____

residente a (comune, prov.) _____ cap _____

in (via, p.zza) _____ n.civico _____

tel. _____ cell. _____ e-mail _____

iscritto/a al _____ anno del corso di studio in _____

DICHIARA

- di aver preso visione delle disposizioni amministrative emanate dall'Ateneo per l'anno accademico 2017/2018 e delle relative scadenze per ottenere l'esonero totale dal pagamento delle tasse e dei contributi universitari;
- di essere consapevole che le dichiarazioni contenute nella presente richiesta e riguardanti qualità, fatti e stati personali, saranno oggetto di verifica da parte dell'Amministrazione;
- di essere consapevole che, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003, i dati personali saranno trattati anche con l'ausilio di strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il/la sottoscritto/a **CHIEDE**

- l'**esonero totale** dal pagamento delle tasse e dei contributi universitari previsto per gli studenti con percentuale di invalidità pari o superiore al 66%, di cui all'art.8 comma 1 del DPCM 9 aprile 2001
- la **riduzione** delle tasse e dei contributi universitari previsto per gli studenti con percentuale di invalidità tra il 50 e il 65%, di cui all'art.8 comma 7 del DPCM 9 aprile 2001

a tal fine **DICHIARA** sotto la propria responsabilità

che la propria percentuale di invalidità è pari a % e che il tipo di disabilità è il seguente:

- Cecità e menomazioni visive
- Sordità e menomazioni uditive
- Dislessia e difficoltà di linguaggio
- Disabilità motorie permanenti e provvisorie
- Difficoltà mentali
- Sordocecità
- Patologie multiple
- Malattie rare
- Disturbi metabolici
- Disturbi alimentari
- Patologie oncologiche
- Altro _____

Il/la sottoscritto/a **allega** alla presente la relativa documentazione, in originale o copia conforme, tesa a dimostrare la propria situazione di disabilità. I documenti accettati sono i seguenti:

- Verbale di accertamento di invalidità civile con percentuale pari o superiore al 66%
- Verbale di sordomutismo
- Verbale di cecità civile assoluta o parziale
- Verbale di invalidità sul lavoro con percentuale pari o superiore al 66%
- Verbale di invalidità per servizio con minorazioni iscritte alle categorie prima, seconda e terza della tabella A annessa alla Legge 10 agosto 1950, n. 648.

I verbali devono essere rilasciati da Commissioni Pubbliche di accertamento dei diversi stati invalidanti.

In alternativa può essere esibita eventuale sentenza del giudice ordinario che riconosca una delle condizioni sopra elencate.

Il/la sottoscritto/a dichiara che tutti i dati riportati nella presente domanda sono resi ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e che quanto in esso dichiarato corrisponde a verità.

Data _____ Firma dello studente dichiarante _____

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO	
Data di ricevimento _____	<i>Timbro dell'Ufficio</i>
Firma dell'incaricato _____	