Università Ca' Foscari Venezia
Dorsoduro 3246, 30123 Venezia
P.IVA 00816350276 - CF 80007720271
www.unive.it

Richiesta di abilitazione dei Servizi Aggiuntivi

La/Il sottoscritta/o _____
n. matricola _____ nata/o a _____
in provincia di _____il _____
e residente a _____ in provincia di _____
in _____
n. civico _____ CAP _____, consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale delle leggi speciali in materia, richiede l'abilitazione dei Servizi Aggiuntivi in quanto:

☐ **Studentessa lavoratrice/studente lavoratore** *impegnata/o in attività lavorativa non occasionale, per un periodo di almeno sei mesi nell'anno solare, in qualsiasi attività documentabile di lavoro subordinato, autonomo o professionale (pubblico o privato), a tempo pieno o part-time, con un minimo di 18 ore settimanali e con un contratto in essere al momento della richiesta*.

Tipologia: ☐ **Lavoro subordinato** ☐ **Collaborazione coordinata e continuativa** ☐ **Tirocinio non finalizzato al riconoscimento in carriera** ☐ **Apprendistato** ☐ **Praticantato** ☐ **Assegno di ricerca** ☐ **Servizio civile** ☐ **Lavoro a chiamata**

Data di inizio e di fine del contratto: dal _____al _____ (☐ indet.).
Denominazione/ragione sociale e indirizzo completo del datore di lavoro/committente: _____
_____
Ente assicurativo previdenziale: _____
Numero posizione assicurativa: _____
Impegno orario settimanale: _____

Tipologia: ☐ **Lavoro autonomo**

Data di inizio: _____

Denominazione/ragione sociale: _____

_____

Indirizzo della sede: _____

_____

Partita IVA: _____

Impegno orario settimanale: _____

☐ **Studentessa/studente caregiver** *impegnata/o in modo non occasionale nella cura e assistenza di parenti non autosufficienti (ascendenti fino al 2° grado, figli/figlie, fratelli/sorelle fino a 13 anni, coniuge o convivente di fatto). La condizione di non autosufficienza deve essere documentata e riferita a ragioni di età o di salute fisica o mentale.*

☐ **Figlia/Figlio/Sorella/Fratello**

Nominativo parente assistito: _____

Età: _____

Grado di parentela: _____

☐ **Ascendente fino al 2° grado/Coniuge/Convivente di fatto**

Nominativo parente assistito: _____

Grado di parentela: _____

Allegare certificato medico che dimostri la necessità di assistenza continua per non autosufficienza dovuta a ragioni di età o di salute fisica o mentale.

Università Ca' Foscari Venezia
Dorsoduro 3246, 30123 Venezia
P.IVA 00816350276 - CF 80007720271
www.unive.it

☐ **Studentessa/studente con condizioni di salute** *che sconsiglino o impediscano la frequenza fisica delle attività didattiche. Le condizioni devono essere documentate e sussistere per almeno 6 mesi consecutivi.*
Allegare un certificato medico che dimostri l'impossibilità a frequentare le lezioni o che ne sconsigli la frequenza. Il certificato deve essere rilasciato dal medico di base e deve necessariamente riportare chiaramente il periodo di riferimento.
Eventuali casi particolari potranno essere singolarmente vagliati.

☐ **Studentessa sportiva/ studente sportivo** impegnata/o nello sport ad alto livello nazionale o internazionale oppure **studentessa/studente impegnata/o in attività di volontariato continuativo** (minimo 18 ore settimanali per almeno 6 mesi nell'anno solare) svolta in organizzazioni riconosciute e senza fini di lucro.
Allegare un certificato rilasciato dalla Società sportiva/Federazione/Organizzazione che attesti lo svolgimento dell'attività.

☐ **Studentessa in gravidanza** *a partire dal settimo mese.*
Allegare un certificato medico.

☐ **Studentessa iscritta/studente iscritto ad un corso che non prevede lo status part-time** *(Digital Management, Mediazione linguistica e culturale, Hospitality, Innovation and e-Tourism, Corsi di laurea interateneo la cui sede amministrativa non è Ca' Foscari).*

Luogo e data

_____

Firma della/del dichiarante

_____