



Mod. A

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____, ai sensi degli artt. 18, 19, 46, 38 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445,
sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- **che le fotocopie relative ai titoli di spesa indicati nell'allegato E, sono conformi agli originali:**
- che le suddette ricevute, indicate al n. _____⁽¹⁾ riguardano spese mediche per minorazioni di cui all'art. 3 della L. 5/2/1992, n. 104⁽²⁾

Il/La sottoscritto/a è consapevole che:

- è soggetto/a alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (articolo 76 del D.P.R. 445/2000);
- decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71 e 75 D.P.R. 28.12.2000, n. 445).

(luogo e data)

Il dichiarante

(firma)

(1) Indicare il numero (es. 1-2-3 ecc.) corrispondente alla ricevuta relativa alla L.104/92.

(2) Compilare solo per spese mediche relative alle patologie per le quali l'interessato beneficia delle agevolazioni previste dalla L. 104/92.



Mod. B

DICHIARAZIONE

(ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000)

Con riferimento all'istanza presentata in data _____, volta ad ottenere un sussidio per la causale _____, **pari ad un importo di € _____**, come previsto dall'apposito regolamento di Ateneo, il/la sottoscritto/a _____

DICHIARA

che le spese sostenute e documentate per le quali il sussidio stesso viene richiesto, non sono state, né saranno rimborsate, da altri Enti o Assicurazioni,

che il/i figli _____, sono fiscalmente a carico del sottoscritto ⁽¹⁾

che il coniuge è fiscalmente a carico del sottoscritto ⁽²⁾;

che i seguenti titoli di spesa (fatture/ricevute fiscali/scontrini per l'acquisto di medicinali) riguardano spese sanitarie sostenute per i soggetti indicati nell'art. 3 della L. 5/2/1992, n. 104 ⁽³⁾

- n. _____ del _____;

- n. _____ del _____;

- n. _____ del _____;

- n. _____ del _____;

(luogo e data)

(firma)

⁽¹⁾ Compilare solo se il rimborso è richiesto anche per spese sostenute per i figli

⁽²⁾ Compilare solo se il rimborso è richiesto per gravi patologie del coniuge (fattispecie B);

⁽³⁾ Compilare solo per spese mediche relative alle patologie per le quali l'interessato beneficia delle agevolazioni previste dalla L. 104/92



Mod. C

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI STATO DI FAMIGLIA
(Art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)**

Il/La sottoscritto/a _____

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

Il/la sottoscritto/a, consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000), sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000:

che la propria famiglia, abitante in _____, (_____)
(luogo) (provincia)

nell'anno 2021 era così composta:

1. Il dichiarante

2. _____
(cognome) (nome) (nato a) (il)

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

(luogo e data)

(firma)



Mod. D

**DA COMPILARE A CURA DEI FIGLI MAGGIORENNI A CARICO E/O DEL CONIUGE A CARICO
Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili ⁽⁴⁾
D. Lgs 196/2003 - Art. 23**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____, residente a _____, Via _____
n. _____

autorizza, ai sensi dell'art. 23 del decreto legislativo 196/2003, l'Università degli Studi di Firenze al trattamento dei propri dati ai fini dell'erogazione dei benefici economici al proprio genitore o coniuge.

(luogo e data)

(firma)

Allega: copia del documento d'identità

⁽⁴⁾ Da compilare a cura del figlio maggiorenne a carico e/o del coniuge a carico in caso di richiesta di rimborso spese agli stessi riferite.



Mod. E

Elenco dettagliato delle spese di cui si richiede il rimborso

Euro

1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		