



**ANNO ACCADEMICO 2023/2024
AUTOCERTIFICAZIONE DELLA CONDIZIONE ECONOMICA**

**Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi di Cagliari**

Il/la sottoscritto/a

Cognome	Nome	Codice fiscale																	

Comune di nascita	Provincia	Data di nascita	Indirizzo e-mail

Telefono fisso	Telefono cellulare	Matricola (codice Facoltà/codice Corso/numero)

Facoltà	Corso di studi

CHIEDE

di presentare l'autocertificazione della condizione economica, prevista dall'articolo 26 del Regolamento contribuzione studentesca, in formato digitale perché NON ha inserito l'autocertificazione della condizione economica online entro i termini previsti;

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, articoli 46 e 47, e a conoscenza che in caso di non veridicità del contenuto della dichiarazione decade dai benefici eventualmente conseguiti, ai sensi dell'art. 75, e di quanto prescritto dall'art. 76 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, le seguenti informazioni ai fini del calcolo del reddito equivalente:



- 1) il valore ISEE per prestazioni agevolate per il diritto allo studio universitario è pari a euro _____
 _____ - Attestazione ISEE rilasciata in data _____ con
 numero di protocollo _____;
- 2) numero componenti il nucleo familiare compreso lo/a studente/essa dichiarante: _____;
- 3) il reddito complessivo del nucleo familiare ai fini dell'eventuale esonero dal pagamento della tassa ERSU è pari
 a euro _____;
- 4) zona geografica di residenza (inserire una croce nella casella corrispondente):

entro 50 chilometri dalla sede del corso <input type="checkbox"/>	oltre 50 chilometri dalla sede del corso <input type="checkbox"/>	Nuorese <input type="checkbox"/>	Baronia <input type="checkbox"/>	Ogliastra <input type="checkbox"/>	Sassarese <input type="checkbox"/>	Gallura <input type="checkbox"/>	fuori Sardegna <input type="checkbox"/>
---	---	-------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	---

- 5) numero componenti il nucleo familiare, CON ESCLUSIONE DEL/LLA DICHIARANTE,
 iscritti all'Università di Cagliari: _____
 codice fiscale _____
 codice fiscale _____
 codice fiscale _____
 codice fiscale _____

Cagliari, _____ (inserire la data)

Firma _____

La firma deve essere apposta in presenza del dipendente addetto ovvero si deve allegare la fotocopia di un documento di identità – Art. 38 DPR n. 445/2000 – oppure il modulo deve essere sottoscritto mediante la firma digitale o la firma elettronica qualificata, il cui certificato è rilasciato da un certificatore qualificato – Art. 65 D.LGS. N. 82/2005

Il modulo dovrà essere trasmesso tramite mail, insieme alla copia di un documento di identità, alla propria Segreteria Studenti:

- Segreteria Studenti delle Facoltà di Biologia, Farmacia e Scienze: segrstudbiofarmscienze@unica.it
- Segreteria Studenti della Facoltà di Ingegneria e Architettura: segringe@amm.unica.it o segrstudarchitettura@unica.it
- Segreteria Studenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia: segrstudmedicina@unica.it
- Segreteria Studenti della Facoltà di Scienze Economiche, Giuridiche e Politiche: segrstudsegg@unica.it
- Segreteria Studenti della Facoltà di Studi Umanistici: segrstudlettere@unica.it o segreteriastudentilingue@unica.it o segrstud_cds_scform@amm.unica.it