



*Richiesta di abilitazione dei Servizi Aggiuntivi*

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
n. matricola \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_  
in provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in provincia di  
\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_,  
CAP \_\_\_\_\_, consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito/a  
ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, richiede l'abilitazione dei *Servizi  
Aggiuntivi* in quanto:

**Studente/studentessa impegnato/impegnata in attività di lavoro dipendente/collaborazione coordinata e continuativa**

*E dichiara:*

- di prestare servizio presso \_\_\_\_\_
- data di inizio e di fine del contratto \_\_\_\_\_
- tipologia \_\_\_\_\_
- denominazione/ragione sociale del datore di lavoro/committente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- indirizzo completo del datore di lavoro/committente \_\_\_\_\_  
n. civico \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_
- ente assicurativo previdenziale e numero posizione assicurativa \_\_\_\_\_
- impegno orario settimanale \_\_\_\_\_



**Studente/studentessa impegnato/impegnata in attività continuativa di lavoro autonomo**

*E dichiara:*

- data di inizio e di fine attività
- denominazione/ragione sociale
- indirizzo completo sede  n. civico
- CAP  prov.
- n. partita IVA
- impegno orario settimanale

**Studente/studentessa impegnato/impegnata NON occasionalmente nella cura e assistenza di figli/fratelli di età inferiore a 14 anni**

*E dichiara:*

- nominativo del parente assistito
- età del parente assistito
- grado di parentela

**Studente/studentessa impegnato/impegnata NON occasionalmente nella cura e assistenza di coniuge/ascendenti fino al 2° grado**

*E dichiara:*

- nominativo parente assistito
- grado di parentela
- certificato medico che dimostri la necessità di assistenza continua per non autosufficienza

**Studente/studentessa iscritto/iscritta a corsi di livello universitario afferenti a istituti universitari, equiparati o di istruzione superiore, per i quali sia consentita la contemporanea iscrizione**

*E dichiara:*

- nome dell'istituto



Università  
Ca' Foscari  
Venezia

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

- indirizzo dell'istituto	<input type="text"/>	n. civico	<input type="text"/>
CAP	<input type="text"/>	prov.	<input type="text"/>
- anno di iscrizione	<input type="text"/>		

LUOGO E DATA

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

FIRMA DEL/DELLA DICHIARANTE

\_\_\_\_\_