All’Ufficio Erasmus+ e Mobilità Internazionale

SEDE

Email: maciocia@unina.it

**Oggetto: Ricercatori stranieri (provenienti da paesi terzi) – ingresso ai sensi del D.Lgs. n. 286 del 25 luglio 1998, successivamente modificato ed integrato dal D.Lgs. n. 17 del 9 gennaio 2008 - Richiesta di rimborso delle spese di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Paese \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, titolare del permesso di soggiorno n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, valido dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al che ha svolto attività di ricerca presso il Dipartimento di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; C.F.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA

Che i seguenti membri della propria famiglia hanno fatto ingresso in Italia come familiari al seguito:

1. Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, titolare del permesso di soggiorno n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, valido dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, titolare del permesso di soggiorno n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, valido dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, titolare del permesso di soggiorno n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, valido dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

CHIEDE

Il rimborso del costo dell’iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale da accreditare sul c/c IBAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, BIC/SWIFT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

A tale scopo allega:

* la copia della ricevuta del pagamento dell’iscrizione all’Anagrafe del SSN (per sé stesso, per gli eventuali familiari ricongiunti);
* per i familiari eventualmente ricongiunti:
* copia del nulla osta per ricongiungimento familiare o del visto di ingresso come familiare al seguito;
* copia del permesso di soggiorno;
* copia del documento di riconoscimento.

In fede

Napoli, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_