



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 – Delibera del CdA n. 036 del 30/01/2024

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 _____;

Informativa ai sensi dell'art.13 del Regolamento (UE) 679/2016 recante norme sul trattamento dei dati personali.

I dati raccolti con il presente modulo sono trattati ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e comunque, nell'ambito delle attività istituzionali dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. All'interessato competono i diritti di cui agli artt. 15.22 del Regolamento UE.

Titolare del trattamento è l'Università, nelle persone del Rettore e del Direttore Generale, in relazione alle specifiche competenze. Per contattare il Titolare potrà inviarsi una email al seguente indirizzo: ateneo@pec.unina.it; oppure al Responsabile della Protezione dei Dati: rdp@unina.it; PEC: rdp@pec.unina.it

Le informazioni complete relative al trattamento dei dati personali raccolti, sono riportate sul sito dell'Ateneo: <http://www.unina.it/ateneo/statuto-e-normativa/privacy>.



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, _____

Informativa ai sensi dell'art.13 del Regolamento (UE) 679/2016 recante norme sul trattamento dei dati personali.

I dati raccolti con il presente modulo sono trattati ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e comunque, nell'ambito delle attività istituzionali dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. All'interessato competono i diritti di cui agli artt. 15.22 del Regolamento UE.

Titolare del trattamento è l'Università, nelle persone del Rettore e del Direttore Generale, in relazione alle specifiche competenze. Per contattare il Titolare potrà inviarsi una email al seguente indirizzo: ateneo@pec.unina.it ; oppure al Responsabile della Protezione dei Dati: rdp@unina.it ; PEC: rdp@pec.unina.it

Le informazioni complete relative al trattamento dei dati personali raccolti, sono riportate sul sito dell'Ateneo: <http://www.unina.it/ateneo/statuto-e-normativa/privacy> .