Ufficio Immigrazione

Questura di …………….

DIPARTIMENTO DI

…………………………..

……………………………….

Oggetto: *esenzione alla spesa sanitaria*

Il sottoscritto prof. ………………………, nato a …………….(……………..) il XX/XX/XXXX, in qualità di Direttore del Dipartimento di …………………………… e Legale Rappresentante dell'Università del Piemonte Orientale, CF ……………………………….., domiciliato per la carica in ……………………………………

DICHIARA

che il prof. ………………….., di nazionalità americana, nato in ………………….. il XX/XX/XXXX, titolare di passaporto n……………… rilasciato il XX/XX/XXXX da …………………………, dispone di un compenso superiore al livello minimo previsto dalla legge per l’esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria.

In fede.

Il Direttore

*(prof. ……………………………………….)*