



REPUBBLICA DI SAN MARINO

ISTITUTO PER LA SICUREZZA SOCIALE  
*Ufficio Prestazioni Economiche Assistenza Sanitaria*

**MODULO DI RICHIESTA PER ASSISTENZA SANITARIA TEMPORANEA**

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Cod. I.S.S. \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ cittadino/a sammarinese, residente a \_\_\_\_\_

ii Via/Strada/piazza \_\_\_\_\_

**chiedo**, a seguito di matrimonio avvenuto il \_\_\_\_\_, la concessione del diritto

all'assistenza sanitaria a favore di \_\_\_\_\_

nato/ a il \_\_\_\_\_ .

**Preciso** che ho già presentato al Dipartimento Affari Esteri domanda per ottenere la residenza e che il nucleo familiare abita effettivamente all'indirizzo sopra indicato.

**Allego in copia:**

- domanda di residenza;
- certificato di matrimonio.

Io Sottoscritto/a, \_\_\_\_\_ coniuge del/la cittadino/a sammarinese, dichiaro di non svolgere alcuna attività e di non rientrare fra i soggetti a cui è applicabile la convenzione italo-sammarinese in materia di sicurezza sociale.

Entrambi dichiariamo di essere stati edotti e portati a conoscenza che il diritto all'assistenza sanitaria è provvisorio in attesa del permesso di soggiorno, e ci assumiamo entrambi l'impegno di rifondere all'Istituto per la Sicurezza Sociale l'onere delle spese sanitarie sostenute nel caso in cui la data di residenza anagrafica sia successiva alla data di attivazione dell'assistenza sanitaria.

Rep. San Marino, li \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Letto, approvato e sottoscritto

\_\_\_\_\_

**Riservato all'I.S.S.**

Non si concede  Si concede

il diritto all'assistenza sanitaria per il periodo \_\_\_\_\_ (max. 2 mesi) in quanto

Non si è  Si è

riscontrata la presenza dei presupposti indicati dalla delibera del C.d.A. n. 3 del 14/04/2000.

Rep. San Marino, li \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

L'Ufficio Prestazioni Economiche Assistenza Sanitaria

\_\_\_\_\_