



REPUBBLICA DI SAN MARINO

ISTITUTO PER LA SICUREZZA SOCIALE

DOMANDA PER ASSISTENZA SANITARIA CON ESONERO PAGAMENTO

(Legge 09-05-1995, n. 64)

Il/la Sottoscritto/a _____ Cod. I.S.S. _____

Nato/a il _____ cittadino/a sammarinese residente a _____

in Via/Strada/Piazza _____

chiede di beneficiare delle seguenti prestazioni sanitarie, a norma della Legge 09 Maggio 1995 n. 64:

- a) prestazioni di medicina di base, farmaceutiche, specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio analisi;
- b) ricoveri ospedalieri;
- c) assistenza sanitaria totale di cui ai punti a) e b).

Chiede che le prestazioni sanitarie siano erogate anche ai seguenti familiari conviventi e a carico come da stato di famiglia che si allega:

N°	Cognome e Nome	Data di nascita	Rapporto parentela	Cod. I.S.S.
1				
2				
3				
4				

Dichiara di essere a conoscenza delle disposizioni di Legge vigenti in materia di assistenza sanitaria ed in particolare dell'obbligo di pagamento della quota capitaria, che deve essere effettuato in forma trimestrale, semestrale o annuale anticipata e per un periodo di tempo non inferiore a ventiquattro mesi consecutivi.

Il/la Sottoscritto/a nel prendere atto che l'ammontare della quota capitaria è:

- nel caso di scelta della lettera **a)** o **b)**, pari ai 2/3 dell'importo stabilito dal Decreto 26/02/2002 n. 26 e cioè di €. **140,00**;
- nel caso di scelta della lettera **c)** pari all'importo stabilito dal Decreto 26/02/2002 n. 26 e cioè di €. **200.00**;
- che gli importi di cui sopra sono maggiorati del 50% qualora il carico familiare sia superiore ad una unità.

DICHIARA

Che renderà noto all'Istituto per la Sicurezza Sociale qualsiasi variazione che dovesse in futuro verificarsi.

ESONERATO/A DAL PAGAMENTO DELLA QUOTA CAPITARIA IN QUANTO:

LAVORATORE **PENSIONATO/A** **A SAN MARINO.**

Rep. San Marino, li _____ / _____ / _____ IL/LA RICHIEDENTE _____