

**MODULO DI RICHIESTA DI ESONERO
DAL PAGAMENTO DELLA QUOTA CAPITARIA**

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

Domiciliato/a a _____

CHIEDE per se e per i seguenti componenti il proprio nucleo familiare:

1) _____
Cognome *Nome* *Cod. I.S.S.*

2) _____
Cognome *Nome* *Cod. I.S.S.*

3) _____
Cognome *Nome* *Cod. I.S.S.*

4) _____
Cognome *Nome* *Cod. I.S.S.*

l'ESONERO dal pagamento della quota capitaria I.S.S.

DICHIARA CHE:

- a) ha diritto all'assistenza sanitaria nella Repubblica Italiana a carico del S.S.N.;
- b) è a conoscenza che eventuali prestazioni aventi anche carattere d'urgenza usufruite presso le strutture sanitarie dell'Istituto per la Sicurezza Sociale, devono essere pagate al costo;
- c) l'eventuale modifica della presente opzione comportante il pagamento della quota capitaria determina il pagamento delle quote arretrate fino ad un massimo di 18 mensilità fermo restando il diritto all'assistenza sanitaria dal giorno successivo alla modifica dell'opzione.

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

Si AUTORIZZA l'esonero dal pagamento della quota capitaria.

L'Ufficio Prestazioni Economiche Assistenza Sanitaria

Rep. San Marino, li ____ / ____ / ____ _____