



REPUBBLICA DI SAN MARINO

ISTITUTO PER LA SICUREZZA SOCIALE

**DOMANDA PER ASSISTENZA SANITARIA A PAGAMENTO**

(Legge 22-07-2014, n. 114 )

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

Nato/a il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in Via/Strada/Piazza \_\_\_\_\_

Titolare di permesso  per convivenza  parentale dal \_\_\_\_\_

chiede di beneficiare delle prestazioni sanitarie, a norma della Legge 22 Luglio 2014 n. 114

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 e si impegna a seguire tali prescrizioni.

Il/la Sottoscritto/a nel prendere atto che l'ammontare della quota capitaria è di €. 200,00 mensili

**DICHIARA**

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

Rep. San Marino, li \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ IL/LA RICHIEDENTE \_\_\_\_\_