

# Il/la Sottoscritto/a

_____	_____
<i>Cognome</i>	<i>Nome</i>
_____	_____
<i>residente in</i>	<i>via, num.</i>
_____	_____
<i>recapito telefonico</i>	<i>email</i>

## In Favore di:

_____	_____	
<i>Cognome</i>	<i>Nome</i>	
_____	_____	_____
<i>cittadino</i>	<i>nato a</i>	<i>data di nascita</i>
_____	_____	
<i>residente in</i>	<i>via, num.</i>	
_____	_____	
<i>recapito telefonico</i>	<i>email</i>	

### Permesso di Soggiorno

- Permesso di soggiorno turistico \_\_\_\_\_ sino al \_\_\_\_\_
- Permesso di soggiorno speciale per motivi di istruzione
- Permesso di soggiorno speciale per motivi sportivi (atleti non professionisti)
- Permesso di soggiorno speciale per cura, assistenza, riabilitazione e riposo
- Permesso di soggiorno speciale per accompagnatori di pazienti in cura
- Permesso di soggiorno speciale per motivi di culto
- Permesso di soggiorno speciale per volontariato internazionale
- Permesso di soggiorno per programmi di vacanza/lavoro
- Permesso di soggiorno speciale per docenti con contratto Università
- Permesso di soggiorno ordinario:  per il coniuge  per il figlio  per il convivente a seguito della nascita di figlio  
 per il genitore ai sensi dell'art. 13 commi 10-bis e 10-ter Legge 118/2010, modificato dalla 118/2015
- Permesso di soggiorno per motivi imprenditoriali  Permesso di soggiorno speciale Start Up/I.A.C.T.

### Permessi

- Permesso per convivenza  Permesso per minori  Permesso parentale

### AREA RISERVATA ALL'ISTITUTO SICUREZZA SOCIALE

Per l'approvazione/accettazione della copertura sanitaria prevista dalla Legge 118/2010 e successive modifiche ed integrazioni o per il rilascio dei permessi di soggiorno e dei permessi per minori, parentali e per convivenza.

La copertura Sanitaria è garantita:

- Dalla Tessera Sanitaria Italiana con scadenza \_\_\_\_\_
- Dalla Polizza Assicurativa con Scadenza \_\_\_\_\_
- Dal Nullaosta lavorativo a San Marino con scadenza \_\_\_\_\_
- Dal formulario ISMAR/5 – ISMAR/11 rilasciato dall'Italia
- Dal pagamento della Quota Capitaria
- Altro \_\_\_\_\_

Si attesta che (nome cognome) \_\_\_\_\_

**NON HA** pendenze debitorie nei confronti dell'Istituto Sicurezza Sociale

**HA** pendenze debitorie nei confronti dell'Istituto Sicurezza Sociale riferite agli anni \_\_\_\_\_