

**RICHIESTA DI PROVVIDENZA STRAORDINARIA
PER IL CASO DI ISOLAMENTO DOMICILIARE O RICOVERO OSPEDALIERO
PER CONTAGIO DA VIRUS COVID-19**

**Alla Cassa Italiana di Previdenza e Assistenza
dei Geometri Liberi Professionisti
- Ufficio Welfare e prestazioni assistenziali**

Il/La sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____

Codice fiscale _____ Matricola _____

E-mail/PEC _____ Tel./Cell. _____

In qualità di geometra iscritto alla Cassa Geometri

(da compilare in caso di richiesta da parte dei superstiti del geometra deceduto)

Il/La sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____

Codice fiscale _____ E-mail/PEC _____ Tel./Cell. _____

In qualità di _____ del/della geom. _____

residente in (indicare indirizzo e città) _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dagli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità,

dichiara

- di essere o di essere stato sottoposto dall'Autorità sanitaria territorialmente competente a quarantena con sorveglianza sanitaria attiva, dal giorno _____ 2020, in quanto affetto dal virus COVID-19
- di essere stato ricoverato, in data _____ 2020, presso l'azienda ospedaliera _____ in quanto affetto dal virus COVID-19
- che il geom. _____, in data _____ 2020, è deceduto in seguito a contagio da virus COVID-19

chiede

il riconoscimento, da parte della Cassa, di una indennità di assistenza sanitaria in forma di provvidenza straordinaria ai sensi dell'art. 23 del Regolamento per l'Attuazione delle attività di previdenza e assistenza a favore degli iscritti e dei loro familiari

chiede

che la liquidazione del trattamento assistenziale avvenga mediante accredito sul conto corrente bancario o postale acceso presso:

Istituto di credito/Ufficio postale _____

Filiale/Agenzia n. _____ sita in via _____

Comune di _____

IBAN _____

Intestato a _____

Il sottoscritto è consapevole che i dati personali sono oggetto di trattamento informatico e/o manuale e potranno essere utilizzati esclusivamente per gli adempimenti di legge. Il sottoscritto è consapevole altresì che essi saranno trattati nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR), con le modalità previste nell'informativa completa pubblicata [qui](#) (*inserire link*).

Luogo e data _____ Firma (*per esteso*) _____

Allegare alla presente:

- 1) *fotocopia di un documento di identità in corso di validità anche in caso di trasmissione dell'istanza a mezzo posta elettronica certificata. Il documento non va trasmesso unicamente se la richiesta è sottoscritta con firma digitale o con altro tipo di firma elettronica qualificata o con firma elettronica avanzata (art. 65, c. 1, lett. a), del d.lgs. n. 82/2005);*
- 2) *dichiarazione dell'Autorità sanitaria territorialmente competente o del medico di medicina generale di sottoposizione a quarantena con sorveglianza sanitaria attiva e/o certificato di avvenuto ricovero rilasciato dall'azienda ospedaliera o certificato di morte, compilato dal medico necroscopo della competente azienda sanitaria, attestante l'avvenuto decesso e la causa dello stesso.*

N.B.

in caso di isolamento domiciliare a seguito di contagio, di ricovero in struttura ospedaliera o di ricovero in terapia intensiva con intubazione è possibile attivare la copertura assicurativa convenzionata con Unisalute S.p.A., tramite il sito Cassa Geometri, sezione "Assistenza sanitaria".