

DOMANDA DI PROVVIDENZA STRAORDINARIA PER CALAMITA' NATURALI

Tramite il Collegio di _____

Il/La sottoscritt ___ geom _____ matr _____ P.G. _____

Tel/Cell _____ cod. fisc. _____

e-mail _____ e-mail Pec _____

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

Il/La sottoscritt _____ cod. fisc. _____

tel _____ residente in _____ cap _____

in qualità di _____ del/la Geom. _____ deceduto/a il _____

Chiede la corresponsione di una provvidenza straordinaria, prevista dall'art. 24 del Regolamento di attuazione della Previdenza ed Assistenza per le seguenti motivazioni :

INFORTUNIO

MORTE

DANNI MATERIALI

(spazio sottostante riservato alle motivazioni e circostanze che hanno determinato lo stato di bisogno)

DICHIARA

di essere nat _a _____ il _____

di essere residente in _____ Via _____

di essere di stato civile _____

di avere regolare iscrizione e contribuzione alla Cassa Geometri;

di essere pensionato/a della Cassa G. dal _____ e di percepire una pensione di € _____

di percepire oltre a quella della Cassa G. le seguenti pensioni :

- Pensione _____ con decorrenza dal _____
Istituto erogatore _____ importo annuo attuale € _____

- Pensione _____ con decorrenza dal _____
Istituto erogatore _____ importo annuo attuale € _____

COMPILARE LE TABELLE DI SEGUITO RIPORTATE

che il nucleo familiare del/la _____ sottoscritt _____ è così composto :
(indicare anche i conviventi non a carico)

Grado di parentela	Cognome e Nome	Stato civile	Data di nascita	Codice Fiscale	N. Mesi a carico

che i figli di età superiore a 21 anni, che frequentano corsi di studio sono i seguenti :

Cognome e Nome	Corso frequentato	Durata del corso	Anno prima immatricolazione

i redditi complessivi riferiti al/la beneficiario/a ed ai propri conviventi, risultanti dal Mod. 730 – Mod. Redditi - Certificazione Unica, dichiarati allo Stato per l'anno _____ (precedente l'evento) sono i seguenti :

Descrizione redditi	Geometra	Coniuge	Altri componenti il nucleo familiare (nome e grado di parentela)		
a) Reddito dominicale					
b) Reddito agrario					
c) Reddito fabbricati					
d) Reddito di lavoro dipendente e assimilati (stipendi, salari, pensioni)					
e) Reddito di lavoro autonomo					
f) Reddito d'impresa					
g) Reddito d'impresa minore					
h) Reddito di partecip.ne in società					
i) Reddito di capitale					
l) Redditi diversi					
TOTALI					

che per lo stesso evento **non ha diritto** a risarcimenti o sussidi economici nei confronti di Enti Pubblici o Istituti Assicurativi, diversi dalla Cassa Geometri.

di aver **diritto** per lo stesso evento ad un sussidio di € _____
aver avuto un risarcimento

di aver **diritto** per lo stesso evento ad un risarcimento in via di definizione
(in tal caso allegare dichiarazione dell' Istituto Assicurativo)

dal seguente _____ ENTE _____
ISTITUTO ASSICURATIVO

(barrare la casella che interessa)

Si allega la seguente documentazione :

- Stato di famiglia (solo nel caso in cui non sia stato compilato regolarmente il quadro relativo);
- Documentazione probatoria delle spese sostenute dal richiedente (originale o copia autenticata);
- Documentazione probatoria relativa ai redditi del nucleo familiare, anche se (Mod. 730 – Mod. Redditi - Certificazione Unica);
- Certificazione medica rilasciata da struttura sanitaria **ospedaliera** pubblica o **ospedaliera** privata **convenzionata** (ASL o Case di Cura), da cui si evince il periodo di degenza totale e relativo fermo professionale (per un minimo di giorni 61);
- Mod. DR/C Provv. compilato in ogni sua parte;
- Certificato di iscrizione nelle liste di collocamento di figli maggiorenni se disoccupati;
- Certificato di frequenza agli studi, rilasciato dall'Istituto, se i figli sono maggiorenni e studenti;
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante che l'abitazione o lo studio danneggiati sono (o meno) di proprietà;
- Fotocopia di un documento di riconoscimento valido, purché munito di fotografia e di timbro, rilasciato da un'amministrazione dello Stato;
- Certificato storico di residenza
- Altra documentazione (da specificare) _____