# MODELLO GRATUITO MESSO A DISPOSIZIONE DAL COLLEGIO ITALIANO DELLE SOCIETA’ SCIENTIFICHE DI MEDICINA ESTETICA CARTA INTESTATA

# DEL MEDICO

Comunicazione Richiesta Copertura Covid-19

Spett.le ……….

A mezzo mail-pec

*Luogo , data*

Spett.le Compagnia,

il sottoscritto ha in corso di validità la polizza nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per la copertura del rischio professionale. Come noto il Nostro paese sta attraversando un'emergenza sanitaria che ha costretto alla chiusura di diversi servizi, taluni per espressa previsione normativa altri per prudenza di carattere sanitario.

Sono titolare dello studio medico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e in previsione della ripresa delle attività, pur con l'osservanza di tutte le cautele impartite dagli Enti preposti in termini di sanificazione dei locali e impiego di DPI, il rischio di contagio non è completamente annullabile. Con la presente sono a richiedere se la copertura professionale oggetto della polizza stipulata prevede la copertura del rischio contagio da Covid-19 per i pazienti o se è necessaria una specifica estensione.