

**DICHIARAZIONE SULLE MODALITA' DEL SINISTRO  
DA CONSEGNARE DI PERSONA O INVIARE IN RACCOMANDATA  
AL COMUNE DI OSIMO PIAZZA DEL COMUNE N.1  
CAP 60027, OSIMO - AN  
DEBITAMENTE COMPILATA E SOTTOSCRITTA  
(art. 47 e 76 del D.P.R 445/2000)**

IL SOTTOSCRITTO:	COGNOME:	NOME:
NATO A:	PROVINCIA DI:	IL:
RESIDENTE A:	PROVINCIA DI:	CAP
VIA:	TEL.	MAIL
		C.F.

**CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITA' PENALE DERIVANTEGLI NEL CASO DI DICHIARAZIONE MENDACE O INCOMPLETA, ACCERTATA CON OGNI MEZZO DALL'AMMINISTRAZIONE** ,

DICHIARA CHE IN DATA \_\_\_\_\_ , ALLE ORE \_\_\_\_\_ , IN LOCALITA' \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ ALL'ALTEZZA DI / PRESSO IL N. CIVICO \_\_\_\_\_ , E' AVVENUTO UN SINISTRO IN RELAZIONE AL QUALE SONO DERIVATI I SEGUENTI DANNI:

**DANNI A COSE** (INDICARE I DANNI A COSE COMPILANDO, IN CASO DI DANNI A VEICOLI, IL RIQUADRO SUCCESSIVO)

---



---



---

N. TARGA VEICOLO DANNEGGIATO:	DATI DEL PROPRIETARIO (se diverso dal dichiarante):	
NATO A:	PROVINCIA DI:	IL:
RESIDENTE A:	PROVINCIA DI:	CAP
VIA:	TEL.	FAX
GRADO DI PARENTELA CON IL DICHIARANTE (SE PERSONA DIVERSA):		

**DANNI ALLE PERSONE** (PRECISARE DI SEGUITO, INDICANDO NEL RIQUADRO SUCCESSIVO GLI ESTREMI DELL'INFORTUNATO) \_\_\_\_\_

NOME INFORTUNATO:	COGNOME INFORTUNATO:	
NATO A:	PROVINCIA DI:	IL:
RESIDENTE A:	PROVINCIA DI:	CAP
VIA:	TEL.	FAX
GRADO DI PARENTELA CON IL DICHIARANTE (SE PERSONA DIVERSA):		

**DANNI PROVOCATI DALLA SEGUENTE CAUSA (BREVE DESCRIZIONE DELLA MODALITA' DEL SINISTRO):**

---



---

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

**PRECISAZIONI SULLE CONDIZIONI AMBIENTALI AL MOMENTO DEL SINISTRO:**

VISIBILITA':  OTTIMA  BUONA  DISCRETA  SCARSA

CONDIZIONI METEO:  SERENO  PIOGGIA  NEBBIA  NEVE  ALTRO (precisare) \_\_\_\_\_

PRESENZA DI LAVORI O CANTIERI (IN CORSO O ULTIMATI) NEL LUOGO DEL SINISTRO:  SI  NO

SE SI', PRECISARE BREVEMENTE :

---

---

---

AL MOMENTO DEL FATTO SUL POSTO ERANO PRESENTI TESTIMONI:  SI  NO

SE SI, COMPILARE DI SEGUITO INDICANDONE GLI ESTREMI :

TESTIMONE 1:	COGNOME:	NOME:	
DOCUMENTO D'IDENTITA':	TEL.	FAX	
RESIDENTE A:	PROVINCIA DI:	CAP	
VIA:			

TESTIMONE 2:	COGNOME:	NOME:	
DOCUMENTO D'IDENTITA':	TEL.	FAX	
RESIDENTE A:	PROVINCIA DI:	CAP	
VIA:			

IL FATTO E' STATO ACCERTATO DA PUBBLICA AUTORITA' INTERVENUTA SUL POSTO:  SI  NO

SE SI, INDICARE L' AUTORITA' INTERVENUTA:  POLIZIA LOCALE  CARABINIERI  POLIZIA  ALTRO

SE NO, INDICARE IL MOTIVO PER IL QUALE NON SONO STATE CHIAMATE LE AUTORITA' PER L'ACCERTAMENTO IMMEDIATO DEI DANNI:

---

---

---

(IN CASO DI LESIONI) SUL POSTO SONO INTERVENUTI AMBULANZA / SOCCORSO SANITARIO:  SI  NO

SE NO, INDICARE IL MOTIVO PER IL QUALE NON E' STATO RICHIESTO L'INTERVENTO DI AMBULANZA / SOCCORSO SANITARIO:

---

---

---

CERTIFICATI MEDICI, VERBALE DI PRONTO SOCCORSO, ATTESTANTI IL SINISTRO:

SI

NO

SE SI, ALLEGATI ALLA PRESENTE IN NUMERO DI : \_\_\_\_\_

ALTRA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA ALLA PRESENTE DICHIARAZIONE:

SI

NO

SE SI, INDICARE:

FOTO

VERBALE

VERBALE

VERBALE

ALTRO (precisare)

n. ....

POLIZIA LOCALE

CARABINIERI

POLIZIA

.....

ULTERIORI DICHIARAZIONI:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

LUOGO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL CONDUCENTE (OVE PRESENTE)

FIRMA DEL/I TESTIMONE/I

⇒ \_\_\_\_\_

⇒ \_\_\_\_\_

⇒ \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DENUNCIANTE

⇒ \_\_\_\_\_

ALLEGATI:

N. \_\_\_\_\_FOGLI.

**Il sottoscritto danneggiato autorizza il Comune di OSIMO:**

- a. **al trattamento di tutti i dati personali necessari alla gestione della pratica, inclusi i dati sensibili, anche con riferimento ad eventuali future perizie medico legali disposte dalla Compagnia assicurativa dell'Amministrazione Comunale, relativamente alle quali quest'ultima potrà richiedere alla Compagnia stessa l'accesso agli atti.**
- b. **a trasmettere la documentazione relativa al sinistro a soggetti cui il Comune ha affidato l'intermediazione assicurativa, per consentire la denuncia del sinistro alla compagnia assicuratrice**
- c. **a trasmettere la documentazione relativa al sinistro ad eventuali soggetto (imprese appaltatrici, gestori diservizi etc..) ritenuti civilmente responsabili dei danni, per consentire loro la denuncia del sinistro alla propria Compagnia assicuratrice**

FIRMA DEL DENUNCIANTE

⇒ \_\_\_\_\_

**NOTA BENE: ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'**