SPETT.LE

REGIONE EMILIA ROMAGNA

SERVIZIO APPROVVIGIONAMENTI, PATRIMONIO, LOGISTICA E SICUREZZA

Via Aldo Moro n. 38 – Mezzanino – 2° Piano

40127 BOLOGNA

approvvigionamenti@regione.emilia-romagna.it

approvvigionamenti@postacert.regione.emilia-romagna.it

|  |
| --- |
| **MODULO DI RICHIESTA RISARCIMENTO DANNI** |

OGGETTO: RICHIESTA RISARCIMENTO DANNI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IL SOTTOSCRITTO: | COGNOME: | NOME: |
| NATO A: | PROVINCIA DI: | IL: |
| RESIDENTE A: | PROVINCIA DI: | CAP |
| VIA: | TEL. |
| INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA | INDIRIZZO POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC) |

**CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA’ CIVILI E PENALI A SUO CARICO IN CASO DI DICHIARAZIONE MENDACE,** DICHIARA CHE IN DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ALLE ORE \_\_\_\_\_\_\_\_, E’ AVVENUTO UN SINISTRO, IN LOCALITA’ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ALL’ALTEZZA DI / PRESSO IL N. CIVICO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , IN RELAZIONE AL QUALE SONO DERIVATI I SEGUENTI DANNI:

* **ANIMALE SELVATICO COINVOLTO NEL SINISTRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **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): |

**BREVE DESCRIZIONE DELLA MODALITA’ DEL SINISTRO**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

* VISIBILITA’

OTTIMA BUONA DISCRETA SCARSA

* CONDIZIONI METEO:

SERENO PIOGGIA NEBBIA NEVE ALTRO (precisare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* EVENTUALE PRESENZA SUL LUOGO DI 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: |

* EVENTUALE INTERVENTO DI AUTORITA’

 SI NO

SE SI, INDICARE AUTORITA’ INTERVENUTA

VIGILI URBANI CARABINIERI POLIZIA ALTRO

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

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* EVENTUALE INTERVENTO DI AMBULANZA/SOCCORSO SANITARIO (IN CASO DI LESIONI)

 SI NO

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

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI RISARCIMENTO:

* Fotografie del luogo del sinistro
* Fotografie raffiguranti il danno
* Fotocopia preventivo della riparazione
* Fotocopia fattura della riparazione
* Fotocopia certificazione medica delle lesioni subite
* Fotocopia spese mediche sostenute
* Fotocopia libretto di circolazione
* Fotocopia patente
* Copia Polizza Assicurativa del veicolo (RCAuto, KASKO ecc )

Altre eventuali dichiarazioni:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**FIRMA DEL CONDUCENTE (OVE PRESENTE) FIRMA DEL/I TESTIMONE/I**

**🢥**  \_\_\_ **🢥** \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **🢥** \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL DENUNCIANTE**

 **🢥** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ALLEGATI:

N. \_\_\_\_\_\_ FOGLI.

**Il sottoscritto danneggiato autorizza 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 il Comune potrà richiedere alla Compagnia stessa l’accesso agli atti.**

**FIRMA DEL DENUNCIANTE**

 **🢥**