

SPETT.LE UNIONE DEI COMUNI DELLA
BASSA ROMAGNA

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.	

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:

- **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 CANTIERI:

SI NO

SE SI', PRECISARE BREVEMENTE :

- 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 RELATIVA ALLA RICHIESTA 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

Alte eventuali dichiarazioni:

LUOGO _____ DATA _____

FIRMA DEL CONDUCENTE (OVE PRESENTE)

⇒ _____

FIRMA DEL/I TESTIMONE/I

⇒ _____

⇒ _____

FIRMA DEL DENUNCIANTE

⇒ _____

ALLEGATI:

N. _____ FOGLI.

Il sottoscritto danneggiato autorizza l'Ente 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, relativamente alle quali il Comune/Unione dei comuni della Bassa Romagna potrà richiedere alla Compagnia stessa l'accesso agli atti.

FIRMA DEL DENUNCIANTE

⇒ _____

Informativa ai sensi dell'art 13 del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di dati personali"

In relazione alla raccolta dei Suoi dati personali che l'Unione dei Comuni della Bassa Romagna si appresta a fare, La informiamo, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), di quanto segue:

- a) Il trattamento dei dati che saranno da Lei conferiti è finalizzato allo sviluppo del procedimento amministrativo da Lei attivato e alle attività ad esso correlatee conseguenti. Il trattamento dei Suoi dati consiste nello svolgimento delle operazioni consentite dalla legge e indicate dall'art. 4 comma 1 del D. Lgs. 196/2003. Esso sarà effettuato con modalità informatizzate e manuali, su supporto cartaceo o digitale, con l'osservanza di ogni misura cautelativa della sicurezza e riservatezza dei Suoi dati, nel rispetto dei principi e delle norme del Codice.
- b) L'eventuale rifiuto di conferire alcuni o tutti i dati richiesti può comportare, secondo i casi, la sospensione, l'interruzione o l'archiviazione del procedimento per impossibilità a realizzare l'istruttoria necessaria ed ogni altra conseguenza di legge, anche di carattere sanzionatorio.
- c) I dati raccolti potranno essere comunicati:
 - 1) al personale dell'Ufficio;
 - 2) ad altro personale dell'Unione dei Comuni della Bassa Romagna, dipendente da uffici e/o servizi che intervengono a vario titolo per le proprie competenze istituzionali nel procedimento in oggetto o comunque nel trattamento dei Suoi dati;
 - 3) ad Enti pubblici che svolgono ruolo istruttorio nel procedimento e ad altri soggetti esterni all'Unione a trattare i Suoi dati personali (in qualità di responsabili o incaricati per conto dell'Ente e nell'ambito della finalità di trattamento in precedenza citata);
 - 4) ad altri enti e soggetti pubblici, che li richiedono, qualora essi siano autorizzati da norme di legge o di regolamento o comunque ne abbiano necessità per finalità istituzionali e sia seguita la procedura di cui all'art. 39 comma 2 del D. Lgs. 196/2003 (comunicazione al Garante);
 - 5) a chiunque ne abbia fatto richiesta ai sensi della Legge n. 241/1990 e sia legittimato all'accesso in base alla stessa;
 - 6) ai soggetti destinatari della pubblicità e negli ambiti di diffusione previsti da leggi o regolamenti
 - 7) negli altri casi previsti da leggi o regolamenti.
- d) Lei, in qualità di interessato ai Suoi dati, può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003.
- e) Il trattamento potrà riguardare anche i dati sensibili o giudiziari, esclusivamente in ottemperanza di compiti, obblighi, modalità e finalità previsti dalle disposizioni normative vigenti.
- f) Il titolare del trattamento è il l'Unione dei Comuni della Bassa Romagna con sede in Piazza Martiri 1, 48022 Lugo-RA. Responsabile dello specifico trattamento dei suoi dati qui raccolti è il Dirigente competente o chi lo sostituisce per legge o per delega.

IN FEDE

Luogo/data _____