

Spett.le



COMUNE DI  
**CASTELLOD'ARGILE**

Area Economico Finanziaria

Servizio Contabilità e Bilancio

Tel.051/6868823

e-mail: [e.trocchi@comune.castello-d-argile.bo.it](mailto:e.trocchi@comune.castello-d-argile.bo.it)

Pec: [comune.castellodargile@pec.renogalliera.it](mailto:comune.castellodargile@pec.renogalliera.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.		

### **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/ TESTIMONE/

⇒ \_\_\_\_\_

⇒ \_\_\_\_\_

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

⇒ \_\_\_\_\_