

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):		

LETTERA "F"



DANNI PROVOCATI DALLA SEGUENTE CAUSA (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) _____

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:			

PER I TESTIMONI: COMPILARE ALLEGATO N° 1 CON COPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITÀ

IL FATTO E' STATO ACCERTATO DA PUBBLICA AUTORITA' INTERVENUTA SUL POSTO:

SI
NO

SE SI, INDICARE L' AUTORITA' INTERVENUTA:

ed allegare Verbale

POLIZIA MUNICIPALE

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:

ed allegare verbale

FOTO

n.

VERBALE

POLIZIA MUNICIPALE

VERBALE

CARABINIERI

VERBALE

POLIZIA

ALTRO (precisare)

.....

ULTERIORI DICHIARAZIONI:

LUOGO _____ DATA _____

FIRMA DEL DENUNCIANTE



FIRMA DEL/I TESTIMONE/I





Allegati:

N. _____ FOGLI



Ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e s.m.i., La informiamo che il trattamento è improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

A tal fine Le forniamo le seguenti informazioni:

I dati da Lei forniti rientranti nel novero dei dati “sensibili” e/o “giudiziari” verranno trattati per le seguenti finalità:

- **trasmissione al broker assicurativo o ad altri soggetti pubblici o privati unicamente ai fini della gestione del sinistro.**

Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità:

- **trasmissione anche con l’ausilio di mezzi informatici, e raccolta negli archivi cartacei e informatici presso il COMUNE DI CIAMPINO, UFFICIO LEGALE ASSICURAZIONI**

Il conferimento dei dati è facoltativo e l’eventuale rifiuto di fornire tali dati potrebbe comportare il mancato riconoscimento del danno da parte della compagnia assicuratrice.

I dati non saranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione.

Il titolare del trattamento è il **Comune di Ciampino** - L.go Felice Armati, 1 - il Responsabile del trattamento è il **Dirigente Area LEGALE ASSICURAZIONI - Dr. Giovanni Giaquinto**

In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell’art. 7 del D.Lgs. . 196/2003, che per Sua comodità riproduciamo integralmente:

“..l’interessato ha diritto di ottenere la conferma dell’esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile; di ottenere l’indicazione dell’origine dei dati, delle finalità e modalità del trattamento effettuato con l’ausilio di strumenti elettronici; di ottenere la cancellazione la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l’aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l’integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso”.

Il sottoscritto _____ dichiara di aver letto la presente informativa e di prestare il consenso al trattamento dei propri dati personali e/o sensibili.

Data _____

Firma del Denunciante _____

Da riconsegnare a mano o inviare per Raccomandata A/R a :

Ufficio Protocollo - L.go Felice Armati, 1 - 00043 Ciampino (RM)

Oppure può essere inviata per posta elettronica in formato PDF:

- protocollo@pec.comune.ciampino.roma.it

AVVISO: LA RICHIESTA DOVRA’ ESSERE INVIATA COMPLETA DI DOCUMENTAZIONE E TESTIMONIANZE, IN ASSENZA LA RICHIESTA SARA’ ARCHIVIATA E NON LAVORATA.