

# DICHIARAZIONE PER DENUNCIA SINISTRI E RICHIESTA RISARCIMENTO DANNI

Spett.le Comune di Medicina

A mezzo pec : [comune.medicina@cert.provincia.bo.it](mailto:comune.medicina@cert.provincia.bo.it);

A mezzo e-mail : [protocollare@comune.medicina.bo.it](mailto:protocollare@comune.medicina.bo.it);

A mano presso: Urp – Ufficio relazioni con il pubblico - piano terra -Via Libertà 103;

IL/LA SOTTOSCRITTO/A:	COGNOME:	NOME:	
NATO/A A:	PROVINCIA DI:	IL:	
RESIDENTE A:	PROVINCIA DI:	CAP	
VIA:	TEL.		
E-MAIL	CELLULARE		

consapevole delle responsabilità civili e penali a mio carico in caso di dichiarazione mendace,  
dichiaro che in data \_\_\_\_\_ , alle ore \_\_\_\_\_ , è avvenuto un sinistro, in località  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ all'altezza di  
/ presso il n. civico \_\_\_\_\_ .

a seguito dell'evento sono derivati i seguenti danni:

**Danni a cose:**

---

---

---

**In caso di danni a veicoli:**

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):		

**In caso di danni a persone:**

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:**

---

---

**Precisazioni sulle condizioni ambientali al momento del sinistro:**

Visibilità →  ottima  buona  discreta  scarsa

Condizioni meteo →  sereno  pioggia  nebbia  neve

**Presenza di cantieri sul luogo**  sì  no

Se sì, indica brevemente di cosa si trattava:

---

---

**Presenza di testimoni sul luogo**  sì  no

Se sì, compila con i dati del testimone:

testimone 1:	cognome:	nome:	
documento d'identità:	tel.	fax	
residente a:	provincia di:	cap	
via:			

testimone 2:	cognome:	nome:	
documento d'identità:	tel.	fax	
residente a:	provincia di:	cap	
via:			

**Intervento delle autorità**      sì        no

Se sì, indica quale       vigili urbani       carabinieri       polizia       altro

Se no, scrivi il motivo del perchè non sono state chiamate le autorità per accertare immediatamente i danni:

---

---

**Intervento di ambulanza/soccorso sanitario (in caso di lesioni)**       sì       no

Se no, scrivi il motivo del perchè 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
- fotocopia patente di guida

Medicina, data.....

Firma

Allegati:

n. \_\_\_\_\_ fogli.

Autorizzo 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.

Se entro 30 giorni non verrete contattati dalla compagnia potete contattare il Referente AON Assicurazioni:

Dott. Giammarco Politi

e-mail : **[giammarco.politi@aon.it](mailto:giammarco.politi@aon.it)**

telefono: 051/0407127

Medicina, data.....

Firma