

**DICHIARAZIONE SULLE MODALITA' DEL SINISTRO  
DA CONSEGNARE DEBITAMENTE COMPILATA E  
SOTTOSCRITTA (artt. 47 e 76 DPR 445/2000)  
AL COMUNE DI BUDRIO – PIAZZA Q.FILOPANTI,11  
CAP 40054 , BUDRIO (BO)**

IL SOTTOSCRITTO:	COGNOME:	NOME:
NATO A:	PROVINCIA DI:	IL:
RESIDENTE A:	PROVINCIA DI:	CAP
VIA:	TEL.	C.F.

**CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITA' PENALE DERIVANTEGLI NEL CASO DI  
DICHIARAZIONE MENDACE O INCOMPLETA, ACCERTATA CON OGNI MEZZO DALL'  
AMMINISTRAZIONE** ,

DICHIARA CHE IN DATA \_\_\_\_\_ , ALLE ORE \_\_\_\_\_ , IN LOCALITA'  
\_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ ALL'ALTEZZA DI / PRESSO IL N. CIVICO  
\_\_\_\_\_, E' AVVENUTO UN SINISTRO 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):		

**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:			

IL FATTO E' STATO ACCERTATO DA PUBBLICA AUTORITA' INTERVENUTA SUL POSTO:  SI  NO

SE SI, INDICARE L' AUTORITA' INTERVENUTA:  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:

FOTO

n. ....

VERBALE

POLIZIA MUNICIPALE

VERBALE

CARABINIERI

VERBALE

POLIZIA

ALTRO (precisare)

.....

ULTERIORI DICHIARAZIONI:

\_\_\_\_\_

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

**FIRMA DEL CONDUCENTE (OVE PRESENTE)**

\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL/I TESTIMONE/I**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL DENUNCIANTE**

\_\_\_\_\_

ALLEGATI OBBLIGATORI:

- 1) FOTO DELLA CAUSA DEL SINISTRO E DEL LUOGO IN CUI E' AVVENUTO
- 2) PLANIMETRIA DEL LUOGO (E' SUFFICIENTE UNA STAMPA O FOTOCOPIA DELLE MAPPE REPERIBILI SU INTERNET O TIPO "TUTTO CITTA" CON INDICAZIONE DEL PUNTO IN CUI SI E' VERIFICATO IL SINISTRO)

ALLEGATI:

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

**Il sottoscritto danneggiato autorizza il Comune di BUDRIO:**

- a 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 quest'ultima potrà richiedere alla Compagnia stessa l'accesso agli atti.
- b a trasmettere la documentazione relativa al sinistro agli eventuali soggetti (imprese appaltatrici, gestori di servizi, ecc.) ritenuti civilmente responsabili dei danni, per consentire loro la denuncia del sinistro alla propria compagnia assicuratrice.

**Il sottoscritto dichiara infine, di essere stato preventivamente informato dell'utilizzo dei presenti dati ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del Regolamento europeo n.679/2016 (GDPR).**

**FIRMA DEL DENUNCIANTE**

\_\_\_\_\_

**NOTA BENE: ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'**

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_