



Amministrazione destinataria

Provincia di Massa-Carrara

Ufficio destinatario

Ufficio sinistri

Domanda di risarcimento danni alle persone

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune								<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata						

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

il risarcimento dei danni subiti

Indicare il giorno	Alle ore
Descrizione dell'accaduto	
Causa del sinistro	

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

Certificazione medica in caso di lesioni

referto del pronto soccorso

certificati medici

Specificare

certificato di avvenuta guarigione

valutazione dei postumi

quantificazione del danno

altro (specificare)

le seguenti spese mediche

Specificare spesa medica

Importo

€

€

€

€

€

€

€

€

€

€

Forze di polizia

che non sono intervenute le forze di polizia

che sono intervenute le forze di polizia

Indicare il corpo

Testimoni

che non sono presenti dei testimoni

che sono presenti dei testimoni

testimone 1

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Residenza

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Scala

Piano

SNC

CAP

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

testimone 2

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune							<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- documentazione attestante le eventuali spese mediche sostenute
- documentazione fotografica del luogo dell'incidente, dell'insidia e del danno riportato
- copia del rapporto delle autorità intervenute
- copia del referto del pronto soccorso o certificazione medica
(da allegare in caso di lesioni)
- dichiarazioni che l'infortunio si è verificato durante lo svolgimento dell'attività lavorativa e/o comunque se lo stesso abbia comportato assenza dal lavoro (comunicando gli istituti di previdenza ed assistenza interessati) oppure dichiarazione che il danneggiato non è soggetto abile al lavoro
- dichiarazioni dei testimoni
- copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Massa-Carrara

Luogo

Data

il dichiarante