



Amministrazione destinataria

Comune di Trecate

Ufficio destinatario

Assicurazioni

## Denuncia di sinistro con lesioni

### Il sottoscritto

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

### 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

Valendosi della facoltà prevista dagli articoli 46 e 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

## DENUNCIA

il sinistro stradale

Avvenuto in data	Alle ore
<input type="text"/>	<input type="text"/>
In via/piazza	Presso numero il numero civico
<input type="text"/>	<input type="text"/>

- in qualità di pedone  
 alla guida del seguente veicolo
  - velocipede
  - ciclomotore
  - motociclo
  - altro

Specificare

<b>Marca/tipo</b>	<b>Targa</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

assicurazione

<b>Denominazione</b>	<b>Polizza numero</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Valida fino al</b>		
<input type="text"/>		
<b>Denominazione o numero dell'agenzia</b>		
<input type="text"/>		
<b>Con sede in</b>	<b>Via</b>	<b>Numero civico</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Telefono</b>	<b>Email</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

titolare dell'assicurazione

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Nato a</b>	<b>Data di nascita</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Residente a</b>	<b>Via</b>	<b>Numero civico</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Telefono</b>	<b>Email</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

<b>Descrizione ed indicazione del luogo del sinistro</b>
<input type="text"/>

<b>Condizioni atmosferiche al momento del sinistro</b>
<input type="text"/>

## DICHIARA

che il sinistro è stato rilevato dalle autorità

- carabinieri
- polizia stradale
- polizia locale
- altro

Specificare

## DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza delle responsabilità penali a cui si può andare incontro nel caso di Denuncia e/o attestazioni mendaci o nella presentazione di documenti non rispondenti a verità

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)*

- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- documentazione fotografica del luogo dell'incidente, dell'insidia e del danno riportato
- certificato medico o di ricovero
- dati anagrafici di eventuali testimoni
- 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.

Treccate

Luogo

Data

il dichiarante