

All'Amministrazione Provinciale di Modena  
Viale J. Barozzi 340  
41124 – Modena MO  
[provinciadimodena@cert.provincia.modena.it](mailto:provinciadimodena@cert.provincia.modena.it)  
Fax: 059 209 928

## DENUNCIA DI SINISTRO SU STRADA PROVINCIALE

SINISTRO avvenuto il \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

### Dati del denunciante

#### **Proprietario del mezzo**

Signor \_\_\_\_\_

Residenza: Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ cell.: \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

#### **Conducente del mezzo**

Signor \_\_\_\_\_

Residenza: Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ cell.: \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

### Dati del mezzo

Tipo: \_\_\_\_\_ targa \_\_\_\_\_  
(es. autovettura, autocarro, motociclo)

Assicurato con la compagnia \_\_\_\_\_ n. polizza \_\_\_\_\_

### Luogo del sinistro

Strada provinciale n. \_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_

Località: \_\_\_\_\_ al km. \_\_\_\_\_

#### **oppure:**

indicare un punto di riferimento per il personale che dovrà effettuare il sopralluogo al fine di localizzare il punto preciso del sinistro (es. nome della strada e numero civico)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **Senso di marcia:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

**Dinamica del sinistro**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Danni a Cose/Persone/altro:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Autorità intervenute:**

---

---

---

---

---

---

---

**NB:** Si informa che ai sensi della Legge Regionale n. 13 del 30-07-2015 (artt. 40; 68; 69) e della successiva deliberazione della Giunta Regionale n. 2230 del 28-12-2015, **dal 01-01-2016 le funzioni in materia di fauna selvatica non sono di competenza della Provincia di Modena.**

## ALLEGATI EVENTUALI

- Fotografie comprovanti l'accaduto
- Denuncia alle forze dell'ordine
- Certificato/i medico/i
- Preventivi/Fatture/Ricevute fiscali
- Altra documentazione comprovante il fatto
- Verbale autorità intervenute
- Testimoni oculari – dichiarazione testimone con allegato documento d'identità
- Copia della patente di guida
- Copia fronte retro del libretto di circolazione
- Contratto assicurativo con dettaglio delle garanzie

Il firmatario conferma di essere consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dei benefici eventualmente conseguiti ai sensi degli artt. 75 76 del D.P.R. 445/2000 sotto la propria responsabilità

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**N.B.** Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un **documento di identità** del dichiarante all'ufficio competente via Fax, oppure a mezzo posta.

*Io sottoscritto, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/2003, autorizzo al trattamento dei dati personali che mi riguardano funzionali all'istruttoria della presente richiesta di risarcimento.*

Firma \_\_\_\_\_

**Il presente modello è predisposto esclusivamente per agevolare l'utente nella segnalazione dei sinistri occorsi e per consentire all'Amministrazione la corretta e completa gestione della pratica.**