

MOD. 06 - SEGNALAZIONE INFERMITA'
DOVUTA A FATTO ILLECITO DI TERZO

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____ n. ____ tel. _____

in servizio presso _____

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti, previste dall'art. 76 dello stesso DPR,

D I C H I A R A

di essere rimasto/a assente dal servizio dal _____ al _____ per fatto illecito cagionato da terzo

di fornire, ai fini di eventuale azione di rivalsa, i dati sotto riportati

1. DATI VEICOLO A BORDO DEL QUALE IL/LA SOTTOSCRITTO/A SI TROVAVA AL MOMENTO DEL SINISTRO COME CONDUCENTE O TERZO TRASPORTATO (da compilare in caso di incidente stradale)

Marca _____ targa _____

proprietario _____ residente a _____

via _____ n. _____ tel. _____

conducente *(da indicare se diverso dal proprietario)* _____

residente a _____ via _____ n. _____ tel. _____

impresa assicuratrice _____ agenzia di _____

sita in via _____ n. _____ tel. _____ n.

polizza _____

2. DATI TERZO RESPONSABILE IN CASO DI INCIDENTE STRADALE

Cognome e nome _____

residente a _____ via _____ n. ____ tel. _____

marca veicolo condotto o a bordo del quale si trovava come terzo trasportato _____ targa _____

proprietario _____

residente a _____ via _____ n. ____ tel. _____

conducente *(da indicare se diverso dal proprietario)* _____

residente a _____ via _____ n. _____ tel. _____

impresa assicuratrice _____ agenzia di _____

via _____ n. _____ tel. _____

n. polizza _____

3. DATI TERZO RESPONSABILE IN CASO DI ALTRI FATTI ILLECITI

Cognome e nome _____

residente a _____ via _____ n. ____ tel. _____

eventuale impresa assicuratrice per la responsabilità civile _____ agenzia di

_____ via _____ n. _____ tel.

_____ n. polizza _____

4. DINAMICA DEL SINISTRO O ALTRO FATTO ILLECITO (con specificazione del luogo dove è avvenuto)

Il giorno _____ alle ore _____ circa,

5. LUOGO IN CUI IL/LA SOTTOSCRITTO/A E' STATO TRASPORTATO E PROGNOSI (in caso di ricovero, precisare l'ospedale)

Ospedale _____

Prognosi gg. _____

6. AUTORITA' CHE HA ESPLETATO I PRIMI ACCERTAMENTI

Polizia stradale di _____

Carabinieri di _____

Polizia Municipale di _____

7. TESTIMONI DEL SINISTRO O ALTRO FATTO ILLECITO (indicare cognome, nome e domicilio)

8. ALTRE NOTIZIE UTILI (indicare se il terzo responsabile o la compagnia assicuratrice ha già risarcito il danno, se in relazione al sinistro sono pendenti nei confronti del responsabile eventuali procedimenti penali o civili, ecc.)

LI/la sottoscritto/a s'impegna a versare all'Amministrazione eventuali somme percepite dal terzo responsabile o dalla sua assicurazione a titolo di mancato guadagno, fino a concorrenza del trattamento retributivo corrisposto in costanza dell'assenza per infermità, compresi i relativi oneri riflessi.

DATA _____

FIRMA _____

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000 la presente dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto Sig. _____ previa identificazione mediante

ovvero

sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali):

i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e per gli eventuali successivi adempimenti di competenza e saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per tali scopi.

DATA _____

FIRMA _____