

	Amministrazione destinataria Regione Marche	
	Ufficio destinatario Ufficio Protocollo	

**Domanda di rilascio di copia del rapporto di rilievo di sinistro stradale**  
***Ai sensi dell'articolo 21 del Decreto del Presidente della Repubblica 16/12/1992, n. 495***

Il sottoscritto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
Titolo richiedente											
<input type="radio"/>	quale diretto coinvolto nel sinistro stradale e/o proprietario di veicolo coinvolto										
<input type="radio"/>	in nome e per conto della compagnia assicurativa e/o legale										
	Compagnia assicurativa										
	<b>pertanto allega documento di delega</b>										
in relazione al sinistro stradale											
Classificazione sinistro stradale											
<input type="radio"/>	con soli danni alle cose										
<input type="radio"/>	con feriti e lesioni alle persone										
<input type="radio"/>	con esito mortale										
	<b>pertanto allega copia dell'autorizzazione rilasciata dall'autorità giudiziaria</b>										
verificatosi in											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Piano			
Data del sinistro					Ora del sinistro						
che ha riguardato i seguenti veicoli											
Marca e modello		Numero di targa	Nome conducente			Cognome conducente					

**CHIEDE**

il rilascio di copia del rapporto di incidente stradale

Numero (da chiedere all'ufficio di Polizia Locale)	Data

**tramite****Modalità di rilascio**

- |                          |                              |
|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | presa visione                |
| <input type="checkbox"/> | copia informatizzata         |
| <input type="checkbox"/> | copia in carta semplice      |
| <input type="checkbox"/> | copia conforme all'originale |
| <input type="checkbox"/> | altro (specificare)          |

**per il seguente motivo****Motivazione alla base della domanda**

--

**CHIEDE INOLTRE**

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | di poterli ritirare presso l'ufficio competente   |
| <input type="checkbox"/> | di riceverli all'indirizzo sopra indicato come domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento        |
| <input type="checkbox"/> | di riceverli a mezzo posta all'indirizzo di residenza sopra indicato<br><i>(se previsto dall'Amministrazione)</i> |

**Eventuali annotazioni**

--

**Elenco degli allegati**

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

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | copia dell'autorizzazione rilasciata dall'autorità giudiziaria   |
| <input type="checkbox"/> | documento di delega  |
| <input type="checkbox"/> | copia del documento d'identità<br><i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i> |
| <input type="checkbox"/> | altri allegati (specificare)   |

**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)*

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica. |
|--------------------------|--|

<b>Luogo</b>	<b>Data</b>	<b>Il dichiarante</b>