



Amministrazione destinataria  
Comune di Ospedaletto Lodigiano  
Ufficio destinatario  
Polizia Locale

## 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					
<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									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>			

### Titolo richiedente

- quale diretto coinvolto nel sinistro stradale e/o proprietario di veicolo coinvolto
- in nome e per conto della compagnia assicurativa e/o legale

Compagnia assicurativa

**pertanto allega documento di delega**

### 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

### in relazione al sinistro stradale

#### Classificazione sinistro stradale

- con soli danni alle cose
- con feriti e lesioni alle persone
- con esito mortale

**pertanto allega copia dell'autorizzazione rilasciata dall'autorità giudiziaria**

### verificatosi in

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Data del sinistro					Ora del sinistro				
<input type="text"/>					<input type="text"/>				

**che ha riguardato i seguenti veicoli**

Marca	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**

- presa visione
- copia informatizzata
- copia in carta semplice
- copia conforme all'originale
- altro (*specificare*)

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

- di poterli ritirare presso l'ufficio competente
- di riceverli all'indirizzo sopra indicato come domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento
- di riceverli a mezzo posta all'indirizzo di residenza sopra indicato  
*(se previsto dall'Amministrazione)*

**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 dell'autorizzazione rilasciata dall'autorità giudiziaria
- documento di delega
- copia del documento d'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.

Ospedaletto Lodigiano

Luogo

Data

il dichiarante