Al
SERVIZIO PER IL PERSONALE
Via don Giuseppe Grazioli, 1
38122 TRENTO TN

Comunicazione dati relativi ad infortunio non sul lavoro con responsabilità di terzi.

Il/La sottoscritto/a_____, matricola n._____

nato/a a_____il_____

residente/domiciliato/a a_____in_____

in servizio presso_____

con la qualifica di_____

comunica di seguito i dati relativi ad un infortunio con responsabilità di terzi, che ha provocato/sta provocando assenza dal servizio dal_____al _____

DESCRIZIONE DELL'ACCADUTO E DELLE CIRCOSTANZE:

Data - **luogo** e **ora** dell'incidente_____

_____

Descrizione (dinamica, esiti) _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Eventuali testimoni (cognome, nome luogo e data di nascita, residenza e domicilio) _____

_____

_____

Eventuale intervento Forze Pubbliche ☐ SI (allegare copia del verbale) ☐ NO

Eventuale copia constatazione amichevole di incidente ☐ SI (allegare copia) ☐ NO

GENERALITA' COMPLETE DEI CONDUCENTI, DEI PROPRIETARI, DELLE EVENTUALI PERSONE TRASPORTATE O ALTRIMENTI COINVOLTE

A) Dati relativi al terzo presunto responsabile/corresponsabile:

Cognome e nome del conducente_____

Luogo e data di nascita_____

Residenza/domicilio_____

Da compilare solo se l'Assicurato è persona diversa dal terzo presunto responsabile/corresponsabile

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza/domicilio_____

Dati veicolo:

☐ *proprietario* ☐ *usufruttuario* ☐ *acquirente con patto di riservato dominio* ☐ *locatario in leasing*

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza/domicilio_____

Modello veicolo (se incidente stradale)_____

Targa_____

Assicurazione_____

Agenzia di _____ Via_____ Tel_____

Polizza R.C.A. n._____

Codice fiscale/Partita Iva della sede legale dell'Assicurazione _____

n.b. **se sono coinvolti più veicoli compilare la scheda allegata**

B) Dati relativi al veicolo condotto dal/la dipendente o su cui viaggiava il/la dipendente:

Cognome e nome del conducente _____

Luogo e data di nascita_____

Residenza/domicilio_____

Da compilare solo se l'Assicurato è persona diversa dal conducente

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza/domicilio_____

☐ *proprietario* ☐ *usufruttuario* ☐ *acquirente con patto di riservato dominio* ☐ *locatario in leasing*

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza/domicilio_____

Modello veicolo (se incidente stradale)_____

Targa_____

Assicurazione_____

Agenzia di _____ Via_____ Tel_____

Polizza R.C.A. n._____

Codice fiscale/Partita Iva della sede legale dell'Assicurazione _____

C) Dati relativi alle eventuali persone trasportate o altrimenti coinvolte

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita_____

Residenza/domicilio_____

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita_____

Residenza/domicilio_____

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita_____

Residenza/domicilio_____

Il/La sottoscritto/a si riserva di informare l'Amministrazione provinciale qualora intenda adire le competenti sedi giurisdizionali a tutela dei propri diritti risarcitori sorti a causa del fatto illecito del terzo presunto responsabile, al fine di consentire all'Amministrazione stessa di intervenire nei termini di legge nel giudizio di accertamento della responsabilità.
Il/La sottoscritto/a infine dichiara di essere/non essere a conoscenza dell'intenzione del terzo presunto responsabile di adire le competenti sedi giurisdizionali.

(Data) _____

(Firma) _____

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
Tutte le specifiche riguardo all'uso dei dati personali e ai diritti del terzo responsabile e delle altre persone coinvolte nel sinistro sono indicate nel portale internet della Provincia Autonoma di Trento (link https://www.provincia.tn.it/Documenti-e-dati/Documenti-di-supporto/INFORMATIVA-GENERALE-PRIVACY-SERVIZIO-PER-IL-PERSONALE) dove è pubblicata un'informativa privacy generale del servizio per il personale.

SCHEDA ALLEGATA

Da compilare per ogni mezzo coinvolto nel sinistro ulteriore rispetto al terzo presunto responsabile

DATI RELATIVI AL TERZO PRESUNTO RESPONSABILE/CORRESPONSABILE:

Cognome e nome conducente_____

Luogo e data di nascita_____

Residenza/domicilio_____

Da compilare solo se l'Assicurato è persona diversa dal terzo presunto responsabile/corresponsabile

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza/domicilio_____

Dati veicolo:

☐ *proprietario* ☐ *usufruttuario* ☐ *acquirente con patto di riservato dominio* ☐ *locatario in leasing*

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza/domicilio_____

Modello veicolo (se incidente stradale)_____

Targa_____

Assicurazione_____

Agenzia di _____ Via_____ Tel_____

Polizza R.C.A. n._____

Codice fiscale/Partita Iva della sede legale dell'Assicurazione _____
