



COMUNE DI FONTE NUOVA
Città Metropolitana di Roma Capitale
Via Machiavelli , 1
Tel. 06905522539 – 06905522535 – 06905522530

RICHIESTA RISARCIMENTO DANNI

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente in _____ Via/Piazza _____

documento **Patente Guida/Carta d'Identità N°** _____

rilasciato da _____ il _____

Tel. _____

Luogo dell'incidente :

Via/Piazza _____ civico _____

Data _____ Ora _____

Veicolo (**Autovettura / Motociclo / Ciclomotore / Autocarro / Pedone** _____)

Marca e Modello _____ Targa _____

Proprietario _____

Il sinistro è stato accertato da : Polizia Locale / Carabinieri / _____

Fonte Nuova li, _____

Firma _____

Alla richiesta allegare :

- Dichiarazione dinamica del sinistro;
- Copia Documento d'identità del richiedente;
- Verbale di accertamento del sinistro;
- Documentazione Fotografica danno e luogo del sinistro;
- Fattura riparazione danno;
- Eventuali referti medici di Pronto Soccorso o documentazione medica;
- Eventuali dichiarazioni di testimoni con allegato documento di identità.

