

CODICE PRATICA
CODICE FISCALE-GGMMAAAA-HH:MM

Mod. Comunale
(Modello 1845 Versione 001-2022)

CODICE PRATICA RIFERIMENTO

Allo Sportello Unico _____ Comune / Comunità / Unione _____

RICHIESTA DI ACCESSO ATTI INFORTUNISTICA STRADALE

(Art. 11, comma 4 del D.Lgs. 30/04/1992, n. 285 e art. 21, commi 3,4,5 e 6 del regolamento di esecuzione)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

(sempre necessario)

Cognome	Nome		Codice fiscale	
Luogo di nascita	Provincia	Stato	Data nascita	Sesso (M/F)
				- ▼
Residente in	Provincia	Stato	Cittadinanza	
Indirizzo residenza			N. civico	CAP
PEC (Domicilio elettronico)	Email (Posta elettronica)		Telefono fisso / cellulare	

in qualità di											
☐	persona coinvolta specificare conducente, trasportato, etc.										
☐	persona interessata specificare proprietario, assicurato, etc.										
☐	avvocato delegato ¹ <table><tr><td colspan="2">Studio legale</td></tr><tr><td>Comune</td><td>Indirizzo</td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">In qualità di difensore del Sig.</td></tr><tr><td colspan="2"></td></tr></table>	Studio legale		Comune	Indirizzo			In qualità di difensore del Sig.			
Studio legale											
Comune	Indirizzo										
In qualità di difensore del Sig.											
☐	perito delegato ¹ <table><tr><td colspan="2">Compagnia assicurativa</td></tr><tr><td colspan="2"></td></tr><tr><td>Agenzia</td><td>Per conto del Sig.</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	Compagnia assicurativa				Agenzia	Per conto del Sig.				
Compagnia assicurativa											
Agenzia	Per conto del Sig.										
☐	persona delegata dal Sig. ¹										

¹ Il delegante deve allegare procura sottoscritta con fotocopia di un documento d'identità

CHIEDE

di esercitare il diritto di accesso agli atti di rilevazione del sinistro stradale		
Data sinistro	Ora sinistro	Indirizzo sinistro

dove risultava coinvolto

Veicolo	
Marca	Targa
Conducente	

Pedone	
Signore/ra	Comune residenza
Indirizzo residenza	

DICHIARAZIONI

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e degli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale e che inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione resa, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento conseguito sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

☐	che intende visionare i documenti
☐	che intende estrarre copia integrale del rapporto, previo versamento delle spese di procedimento
☐	di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali (Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016) pubblicata sul portale di riferimento

Note aggiuntive ed eventuali comunicazioni

N.B.: In caso di incidenti che hanno causato lesioni personali con prognosi non superiore ai 40 giorni, la presente richiesta dovrà attendere la scadenza di mesi 3 dall'evento e dovrà essere allegata specifica attestazione da parte del coinvolto/interessato, nella quale dovrà dichiarare di non aver presentato querela presso alcuna Autorità Giudiziaria (Circ. n. 565/2016 della Procura della Repubblica di Verbania).

ALLEGATI

	Allegato
☒	Documento di identità in corso di validità
☐	Altri allegati

Richiedente