

Amministrazione destinataria

Regione Sicilia

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					
<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	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
<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)***Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere 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	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
<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**

### 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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Luogo	Data	Il dichiarante