

	<p style="text-align: center;">Amministrazione destinataria Regione Friuli Venezia Giulia</p> <p style="text-align: center;">Ufficio destinatario Ufficio Protocollo</p>	
--	--	--

## 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*

<b>Il sottoscritto</b>										
Cognome			Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
<b>Residenza</b>										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			
<b>Titolo richiedente</b>										
<input type="radio"/>	quale diretto coinvolto nel sinistro stradale e/o proprietario di veicolo coinvolto									
<input type="radio"/>	in nome e per conto della compagnia assicurativa e/o legale									
Compagnia assicurativa										
<b>pertanto allega documento di delega</b>										
<b>in relazione al sinistro stradale</b>										
Classificazione sinistro stradale										
<input type="radio"/>	con soli danni alle cose									
<input type="radio"/>	con feriti e lesioni alle persone									
<input type="radio"/>	con esito mortale									
<b>pertanto allega copia dell'autorizzazione rilasciata dall'autorità giudiziaria</b>										
<b>verificatosi in</b>										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Piano			
Data del sinistro				Ora del sinistro						
<b>che ha riguardato i seguenti veicoli</b>										
Marca e 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

- |                          |                              |
|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | presa visione                |
| <input type="checkbox"/> | copia informatizzata         |
| <input type="checkbox"/> | copia in carta semplice      |
| <input type="checkbox"/> | copia conforme all'originale |
| <input type="checkbox"/> | altro (specificare)          |

**per il seguente motivo**

## Motivazione alla base della domanda

**CHIEDE INOLTRE**

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | di poterli ritirare presso l'ufficio competente   |
| <input type="checkbox"/> | di riceverli all'indirizzo sopra indicato come domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento        |
| <input type="checkbox"/> | di riceverli a mezzo posta all'indirizzo di residenza sopra indicato<br><i>(se previsto dall'Amministrazione)</i> |

## Eventuali annotazioni

**Elenco degli allegati***(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | copia dell'autorizzazione rilasciata dall'autorità giudiziaria   |
| <input type="checkbox"/> | documento di delega  |
| <input type="checkbox"/> | copia del documento d'identità<br><i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i> |
| <input type="checkbox"/> | altri allegati (specificare)   |

**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)*

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica. |
|--------------------------|--|

Luogo	Data	Il dichiarante
-------	------	----------------