AZIENDA USL
VALLE D'AOSTA

UNITÉ SANITAIRE LOCALE
VALLÉE D'AOSTE

MODULO DENUNCIA SINISTRO

Alla S.C. TECNICO
rborgia@ausl.vda.it

DA ODV:			
TIPO SINISTRO	CON COINVOLGIMENTO DI TERZI PASSIVO (senza coinvolgimento di terzi)		
LOCALITA', DATA ORA, ID INTERVENTO			
TIPO VEICOLO, IDENTIFICATIVO, TARGA			
DESCRIZIONE DEL SINISTRO			
CARROZZERIA DI RIFERIMENTO			
DANNI MATERIALI VISIBILI			

DATI DEL CONDUCENTE			
COGNOME E NOME			
CODICE FISCALE			
PATENTE N°		CATEGORIA	A B C - D - E
RILASCIATA DA			
IN DATA		SCADENZA	
NUMERO TELEFONICO			

Data _____

FIRMA DEL CONDUCENTE	FIRMA del RESPONSABILE / COORDINATORE