

Al Sindaco del Comune di Rivoli  
Ufficio Assicurazioni  
Corso Francia, 98  
10098 Rivoli (TO)

**OGGETTO: denuncia di sinistro**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.F.: \_\_\_\_\_ tel. n. \_\_\_\_\_  
E-mail e/o PEC \_\_\_\_\_

DICHIARO

che in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ all'altezza del civico \_\_\_\_\_  
ho subito il seguente sinistro (*descrizione del fatto che ha dato luogo al sinistro, avendo cura di specificare ogni circostanza utile*):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Le circostanze sopra riferite potranno essere confermate anche dai signori (*riportare le generalità*):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ che hanno assistito al fatto.

Il sinistro si è verificato a causa di:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A seguito del sinistro ho riportato i seguenti danni:

- danni fisici
- danni a cose

A supporto di quanto affermato allego:

- documentazione fotografica chiara del luogo del sinistro, identificando altresì le coordinate per una corretta e precisa localizzazione;
- eventuale rapporto dell'Autorità intervenuta;

- in caso di danno fisico, documentazione sanitaria rilevante (ad es. certificato di PS, referti diagnostici, terapie sostenute con relative prescrizioni, certificato di avvenuta guarigione, eventuali fatture per spese sostenute);
- in caso di danni a cose, descrizione dettagliata delle cose danneggiate e documentazione fotografica dalle quali si possa evincere inequivocabilmente l'entità del danno;
- fatture quietanzate relative a spese/costi sostenuti in conseguenza del sinistro / preventivo o relazione peritale delle riparazioni necessarie;
- in caso di danni su immobili, preventivo per il ripristino o concessione edilizia;
- eventuali dichiarazioni testimoniali corredate da copia di documento di riconoscimento in corso di validità dei dichiaranti;
- copia di documento di riconoscimento e codice fiscale del danneggiato in corso di validità;
- autorizzazione al trattamento dei dati personali sottoscritta dal danneggiato (allegato 1);
- in caso di danno fisico, dichiarazione di non avere diritto a prestazione da parte di Enti che gestiscono assicurazioni sociali obbligatorie sottoscritta dal danneggiato (allegato 2).

#### CHIEDO

pertanto, al Comune di Rivoli, il risarcimento delle spese sostenute per i danni subiti nelle circostanze sopra esposte, imputando la responsabilità dell'accaduto al Comune stesso.

Il danno subito dal sottoscritto in conseguenza dell'evento dannoso ammonta a complessivi € \_\_\_\_\_ come da documentazione allegata.

Rivoli, li

Firma \_\_\_\_\_

## ALLEGATO 1

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEGLI ARTT. 6 E 9 REG. UE 2016/679

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.F.: \_\_\_\_\_ tel. n. \_\_\_\_\_

- Autorizzo il Comune di Rivoli al trattamento dei miei dati personali, come definiti dall'art. 4 n. 1 Reg. UE 2016/679, limitatamente alla specifica finalità di gestire il sinistro in oggetto.
  
- Autorizzo il Comune di Rivoli, ove necessario in ragione della natura dei danni patiti, al trattamento dei dati miei relativi alla salute, come definiti dall'art. 4 n. 15 Reg. UE 2016/679, limitatamente alla specifica finalità di gestire il sinistro in oggetto.
  
- Presa visione dell'informativa ex art. 13 Reg. UE 2016/679 ([consultabile sul sito del Comune di Rivoli al link sottostante](#)), sono consapevole che il trattamento dei dati è necessario per la gestione del sinistro in oggetto e avrà luogo conformemente alle modalità indicate nell'informativa stessa.

Rivoli, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**ALLEGATO 2** (DA SOTTOSCRIVERE SOLO IN CASO DI LESIONI FISICHE)

**DICHIARAZIONE EX ART. 142 D.LGS. 209/2005**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Professione \_\_\_\_\_

DICHIARO

ai sensi e agli effetti di cui all'art. 142, 2°co., D. Lgs. 7 settembre 2005, n. 209 e s.m.i. "Codice delle assicurazioni private", con riferimento al sinistro accaduto in data .....  
in località.....

di non avere diritto a prestazioni da parte di Istituti che gestiscono assicurazioni obbligatorie

di avere diritto a prestazioni di parte di:

- INPS per l'indennità economica di malattia
- INPS per l'assegno d'invalidità o la pensione d'inabilità
- INPS per pensioni, assegni e indennità spettanti agli invalidi civili
- INAIL ai sensi del T.U. 1124/65 e s.m.i.
- Altro .....

di essere consapevole della responsabilità, anche penale, cui vado incontro in caso di dichiarazioni non veritiere

Rivoli, li

Firma \_\_\_\_\_