

RICHIESTA ATTIVAZIONE POLIZZA "DANNI VEICOLO PROPRIO"

Il sottoscritto _____ in qualità di:

Dipendente medico incaricato della continuità assistenziale

diverso personale specificamente autorizzato _____

(specificare)

della Azienda Sanitaria di Matera, preventivamente autorizzato all'utilizzo del proprio veicolo per missione / adempimento di servizio fuori dall'ufficio o sede di lavoro, per il seguente motivo:

(specificare)

_____ il giorno _____ con partenza da _____ alle ore _____ e
destinazione _____ per totali Km. _____,

chiede l'attivazione della polizza "Danni veicolo proprio".

A tale fine, a conoscenza delle sanzioni penali previste dalla legge, in caso di dichiarazione/ mendace/i,

dichiara, sotto la propria responsabilità

■ che il proprio veicolo, targato _____ marca _____ modello _____
ha subito danni nel tragitto indicato in premessa.

A questo proposito specifica di seguito le circostanze dettagliate dell'incidente: (compreso la presenza di eventuali testimoni, Pubblici Ufficiali ed ogni altro elemento utile alla migliore ricostruzione dell'accaduto)

_____ ed i danni subiti dal veicolo: _____

■ che il veicolo danneggiato è disponibile per le perizie di rito presso _____
_____, previo appuntamento telefonico al n. _____

Barrare alternativamente

che nessuno degli occupanti il veicolo danneggiato, compreso il/la sottoscritto/a ha subito infortuni

che i signori _____ che viaggiavano sul mezzo danneggiato, con regolare autorizzazione, hanno subito infortuni ed a tal proposito allega la richiesta di attivazione della collegata polizza Infortuni, debitamente compilata, per i seguiti di competenza (per ognuno degli infortunati)

■ di aver preso visione delle condizioni di assicurazione (Danno veicolo proprio ed eventualmente Infortuni) depositate presso l'Ufficio competente della ASM.

Luogo _____

data _____

Firma _____
(leggibile e per esteso)

Allega i seguenti documenti:

copia documento di identità del dichiarante (in ogni caso)

() preventivo di spesa

() _____

compilare sul retro a cura del Dirigente responsabile

Il sottoscritto _____ in qualità di Dirigente Responsabile
del Servizio _____ della Azienda Sanitaria di Matera,

dichiara sotto la propria responsabilità

che il Sig./Dr. _____, in qualità di:

- Dipendente Medico incaricato della continuità assistenziale
 altro _____

(specificare)

Il giorno _____, era stato autorizzato a servirsi del proprio veicolo per

_____ (specificare i motivi della missione / adempimento di servizio fuori dall'ufficio)

e che la relativa percorrenza chilometrica è formalmente registrata tra le evidenze della ASM.

Da compilare solo in caso di Infortuni agli occupanti il veicolo utilizzato per la missione / adempimento di servizio fuori dall'ufficio:

Ai fini dell'attivazione della polizza Infortuni dichiara altresì che i Sig.ri/Dr. _____
_____ erano stati preventivamente autorizzati da _____ a viaggiare sul veicolo
danneggiato per i seguenti motivi: _____

Eventuali note aggiuntive:

In fede

_____, _____
Luogo data

Firma _____
(leggibile e per esteso)

NOTA INFORMATIVA SULLA PRIVACY

La informiamo che ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e s.m.ei. che l'Azienda Sanitaria di Matera procederà al trattamento dei dati da Lei forniti nel rispetto della normativa in materia di privacy.
Il sottoscritto acquisite le informazioni di cui all'art. 13 del D. Lgs 196/2003, esprime il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali e sensibili

_____, _____
Luogo data

Firma _____
(leggibile e per esteso)