

RICHIESTA ATTIVAZIONE POLIZZA "MISSIONI - DANNI VEICOLO PROPRIO"

Il sottoscritto _____ in qualità di (barrare):
 Dipendente Medico del ruolo unico di assistenza primaria con attività su base oraria Dirigenti amministrativi
 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, come di seguito specificato:
motivo: _____
il giorno _____ percorso _____ 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/i mendace/i,

DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- che il proprio veicolo, targato _____ marca _____ modello _____ ha subito danni nel tragitto indicato in premessa.
- le circostanze dettagliate dell'incidente: (*compresa la presenza di eventuali testimoni, Pubblici Ufficiali ed ogni altro elemento utile alla migliore ricostruzione dell'accaduto*)

- che i danni subiti dal veicolo sono: _____
- che il veicolo danneggiato è disponibile per le perizie di rito previo appuntamento telefonico al n. _____
- che (*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.

Preso atto che, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. l'Azienda sanitaria di Matera procederà al trattamento dei dati da me forniti nel rispetto della normativa in materia di privacy ed acquisite le informazioni di cui all'art. 13 del suddetto D.Lgs. 106/2003, esprimo il mio consenso al trattamento dei miei dati personali e sensibili

_____, _____
Luogo data Firma _____
(leggibile e per esteso)

Allega i seguenti documenti:

NECESSARI	SE DISPONIBILI
• copia patente di guida del conducente	• verbali Autorità competenti
• copia carta di circolazione del veicolo	• copia preventivo di spese per le riparazioni
• documentazione fotografica che evidenzi il luogo, i danni e la targa del veicolo	• dichiarazioni testimoniali, con doc. identità dichiaranti
• codice fiscale del proprietario del veicolo, se diverso dal conducente	

compilare sul retro a cura del Dirigente responsabile

Via Montescaglioso s.n.c. – 75100 Matera

DICHIARAZIONI A CURA DEL DIRIGENTE RESPONSABILE
(in caso di carenza delle informazioni richieste la pratica **NON** potrà essere evasa)

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 del ruolo unico di assistenza primaria con attività su base oraria Dirigente amministrativo

Diverso personale specificamente autorizzato (specificare) _____

* è stato autorizzato a servirsi del proprio veicolo per missione / adempimento di servizio fuori dall'ufficio:

_____ (motivi)

_____ (giorno)

_____ (tragitto)

* e che la relativa percorrenza, pari a km _____ 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 del Dirigente _____
(leggibile e per esteso)