



CITTÀ di MONTESILVANO

(Provincia di Pescara)

SERVIZIO POLIZZE ASSICURATIVE E SINISTRI

Piazza Diaz, 1 - 65015 MONTESILVANO - codice fiscale 00193460680 - Tel. 085.44811 - www.comune.montesilvano.pe.it

Modulo per richiesta di risarcimento danni

Il/la sottoscritto/a:

| DATI DEL RICHIEDENTE | | | |
|----------------------|--------------|-------------|----|
| Cognome | | Nome | |
| Luogo Nascita | Data Nascita | Residente a | |
| Via/Piazza | | | N. |
| Codice Fiscale | Tel. | Cell. | |
| Email/PEC | | | |

COMUNICA

che in data _____ alle ore _____ circa, in Montesilvano in Via _____

mentre (1) _____

ritenendo il Comune Di Montesilvano responsabile/custode del luogo dove è avvenuto il sinistro e per i motivi sopra esposti CHIEDE il risarcimento dei danni subiti.

Elenco allegati (2) _____

Firma

Montesilvano, li _____

(1) specificare l'esatto avvenimento dei fatti se a piedi o se a bordo di mezzo di trasporto nel qual caso indicare quale, numero di targa (se presente) e modello.

(2) allegare documento riconoscimento del danneggiato e/o del proprietario del mezzo, foto del luogo esatto dell'insidia che ha causato il sinistro e foto dei danni, eventuali testimoni, fatture di riparazione, certificati medici, verbale di eventuale intervento di Forze di Polizia e/o Soccorso, tutto quanto necessario alla ricostruzione dell'accaduto.