



**Amministrazione destinataria**  
Comune di Santa Maria Capua Vetere

**Ufficio destinatario**  
Settore affari istituzionali, generali e  
legale

## Domanda di risarcimento danni per incidente

*Ai sensi dell'articolo 2043 del Codice Civile*

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### in relazione all'incidente

Descrizione dell'accaduto e della relativa causa

### verificatosi in

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Data dell'accaduto					Ora dell'accaduto				
<input type="text"/>					<input type="text"/>				

### che ha comportato

#### Danni provocati

danni a cose, pertanto

**allega documentazione comprovante le spese sostenute o da sostenere per i lavori di ripristino**

lesioni personali, pertanto

**allega copia del referto del pronto soccorso o certificazione medica**

### CHIEDE

il risarcimento dei danni subiti per un importo pari a

#### Importo approssimativo richiesto

€

### perchè ritiene il Comune responsabile in quanto

#### Motivazione per cui si ritiene responsabile il Comune

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

che l'incidente ha provocato i seguenti danni a cose o lesioni personali

#### Descrizione dei danni a cose o lesioni personali

che per l'accaduto

#### Intervento delle autorità di pubblica sicurezza

non sono intervenute autorità di pubblica sicurezza (vigili urbani, polizia stradale, ecc.)

sono intervenute autorità di pubblica sicurezza (vigili urbani, polizia stradale, ecc.), pertanto

**allega copia del rapporto delle autorità intervenute**

#### Intervento dei mezzi di soccorso

non sono intervenuti mezzi di soccorso

sono intervenuti mezzi di soccorso

che durante l'accaduto

- non erano presenti testimoni
- erano presenti i seguenti testimoni

Cognome	Nome	Codice fiscale	Telefono

**allega copia delle dichiarazioni testimoniali rese**

che sul luogo dell'incidente

- non erano presenti cantieri
- erano presenti cantieri

Denominazione della ditta esecutrice delle opere	Tipologia
<b>Descrizione lavori svolti</b>	

che sul luogo dell'incidente erano presenti le seguenti condizioni atmosferiche

- sereno
- pioggia
- nebbia
- gelo
- neve
- altro (specificare)

che sul luogo dell'incidente la segnaletica stradale

- era in buone condizioni
- era in discrete condizioni
- era in scarse condizioni
- non era presente

**dati del conducente**

(in caso di incidente stradale)

Cognome	Nome	Codice Fiscale							
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza						
Residenza		Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata						
Numero patente	Data rilascio patente	Ente rilasciante patente							
Tipo veicolo	Modello veicolo	Targa veicolo							

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

#### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- documentazione fotografica del luogo dell'incidente e dell'insidia
- copia del rapporto delle autorità intervenute
- dichiarazioni testimoniali rese
- documentazione comprovante le spese sostenute o da sostenere per i lavori di ripristino
- documentazione comprovante la proprietà del bene danneggiato
- copia del referto del pronto soccorso o certificazione medica
- documentazione attestante le eventuali spese mediche sostenute
- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*

altri allegati

#### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Santa Maria Capua Vetere

Luogo

Data

il dichiarante